Rok LIII. Kraków, dnia 27. czerwca 1914 Nr 26

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O niemocie przy dobrym słuchu (Hörstummheit, audimutitas).

Napisał

R. Spira.

(Wykład w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 11. III. 1914).

Władanie mową obejmuje dwie własności: zrozumienie za pośrednictwem słuchu tego, co ktoś inny mówi i myśli; 2) wymówienie tego, co sami myślimy. Gdy słyszymy, to odbywa się czynność nerwowa od obwodu do ośrodków mózgowych, dośrodkowo; przy mowie odbywa się czynność nerwowa drogą odwrotną od ośrodków (myśli) do obwodu, narządów artykulacyjnych, odśrodkowo. Jedna albo druga ta czynność może być nieprawidłowa. Stosownie do tego odróżniamy dwie główne kategorye zaburzenia mowy: 1) niemotę czuciową dośrodkową i 2) niemotę ruchową odśrodkową.

Jedna i druga postać niemoty może być w związku z upośledzeniem umysłowem różnego stopnia i histeryą. Pierwszy typ niemoty, który jest zawsze połączony z głuchotą i często bywa przyczyną drugiego typu (głuchoniemota), omówiłem już przy innej sposobności. Obecnie zamierzam omówić czystą niemotę ruchową, t. j. tę niemotę, którą nieraz spotykamy u dzieci dobrze słyszących i wszystkie wyrazy dobrze rozumiejących. Że wczas nabyta głuchota pociąga za sobą niemotę, to wiemy z codziennego doświadczenia, albowiem dzieci, w młodym wieku ogłuchłe, stają się głuchoniememi. Zresztą wynika to z rozwoju mowy u dziecka.

Dla wyjaśnienia sprawy niemoty przy dobrym słuchu mamy odpowiedzieć na następujące pytania: 1) W jaki sposób powstaje ta choroba; 2) w jakiem miejscu szukać należy przeszkody, będącej przyczyną tego cierpienia; 3) jakiego rodzaju zmiana jest przyczyną tej przeszkody; 4) jakie czynniki bywają przyczyną tej zmiany; nareszcie 5) jakie mamy sposoby leczenia tej choroby.

Ad 1). Dla lepszego zrozumienia sposobu powstania niemoty przy dobrym słuchu, musimy tu powtórzyć niektóre szczegóły z fizyologii rozwoju mowy i naprzód omówić sposób, w jaki mowa u dziecka powstaje.

Rozwój mowy u dziecka odbywa się podobnie do sposobu, w jaki powstała mowa u człowieka wogóle w przebiegu rozwoju ludzkości. Mocą wrodzonego człowiekowi popędu porozumiewania się nabywa on zdolności tworzenia znaków i symbolów temu celowi służących (facultas signatrix). Te znaki były w różnych okresach przebiegu rozwoju różne. W początku występowały jako wykrzykniki (interjectio), wyrażające poczucie ogólne i wrażenia podmiotowe fizyczne i umysłowe, jak ból, strach, radość i t. p. Następnie na podstawie popędu naśladowania (onomatopoësis), pojawiały się głosy, polegające na naśladowaniu dźwięków w naturze, jak głos zwierząt, świst wiatru, szmer strumyka, szum lasu i t. p. Nakoniec rozwinęła się samodzielna, zamierzona mowa artykułowana ludzka.

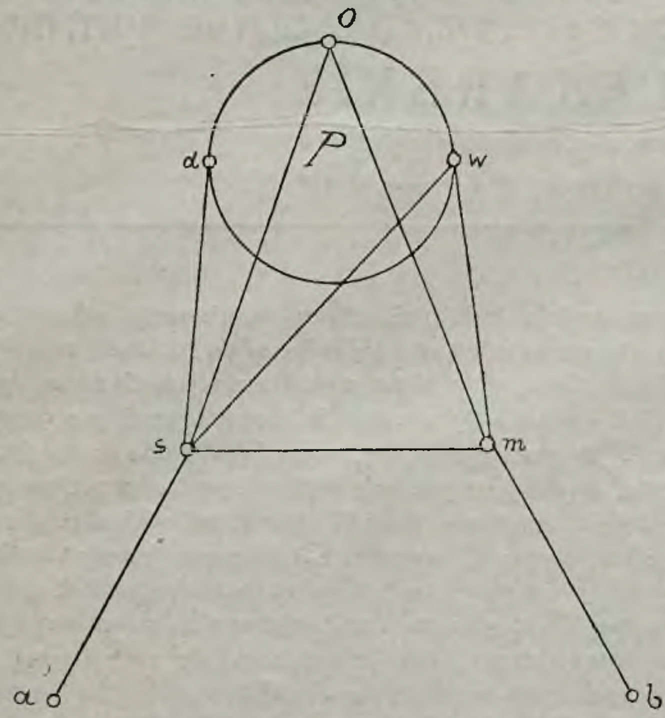
Podobnie dzieje się u dziecka. Krzyki i ruchy kończyn dziecka, po urodzeniu się są odruchami ogólnego poczucia podmiotowego. Krzywa linia, zdjęta zapomocą pneumografu, przyłożonego naokoło piersi krzyczącego dziecka, jest bardzo podobna do krzywej, zdjętej u mówiącego człowieka dorosłego. Taksamo krtań u krzyczącego dziecka zdaje się przygotowywać do przyszłej czynności mowy, gdyż ułożenie strun głosowych przy takim krzyku jest podobne, jak przy wymowie samogłosek. W 3. lub 4. miesiącu dziecko zaczyna bełkotać i wydawać dźwięki, podobne do naszych spółgłosek.

Oprócz tego dziecko ma wrodzony popęd do naśladowania, mocą którego zaczyna w 9. miesiącu życia naśladować dźwięki i głosy. Naśladując, powtarza dziecko słyszane wyrazy bez zrozumienia ich. Ale to naśladowanie jest czynnością przygotowawczą do późniejszej mowy samodzielnej, świadomej. Albowiem, według znanej zasady, wszystkie czynności świadome poprzedza wykonywanie nieświadome tych samych czynności. Wrażenia, które ruchy artykulacyjne pozostawiają w ośrodkach ruchowych mózgu, przyczyniają się do tego, że te same ruchy mogą później odbywać się świadomie, lekko i automatycznie. Powoli rozwija się także zrozumienie mowy i samodzielna świadoma mowa.

Wszystkie te czynności rozwijają się drogą i za pośrednictwem wrażeń słuchowych. Wrażenia słuchowe dostają się u dziecka drogą od ucha (a) do (s), t. j. do miejsca w korze mózgowej, przeznaczonego do przyjmowania wrażeń słuchowych (p. rysunek 1).

W miarę powtarzania się tych bodźców, powstają na tem miejscu kory pewne zmiany, które wrażenia te utrwalają, t. j. wytwarza się możność zatrzymania ich i przetrwania

bodźca zewnętrznego, czyli innemi słowy, rozwija się pamięć wyrazowa. Z czasem nagromadza się tam zapas obrazów wyrazowych lub słuchowych, które mogą być wyzwolone lub pobudzone dowolnie z pamięci bez bodźca zewnętrznego. Miejsce s. (w płacie skroniowym) nazywamy ośrodkiem słuchowym czuciowym (Wernickego), czyli polem pamięciowem dla obrazów słuchowych.



Po wytworzeniu się ośrodka s. wychodzą od niego pobudki, prądy nerwowe do innego ośrodka, z którym jest on w ścisłym związku czynnościowym do m, t. j. do ośrodka ruchowego w płacie czołowym, który kieruje ruchami, wykonywanymi przy mówieniu. Ośrodek m, pobudzony drogą s—m, wysyła znów bodźce ruchowe inerwujące ku obwodowi do b, t. j. do nerwów i mięśni narządów artykulacyjnych. Zdaniem Wernickego podrażnienie ośrodka słuchowego wywołuje w pewnym wieku uczucie przyjemne, które dziecko usiłuje samodzielnie wywołać przez naśladowanie słyszanych dźwięków. W ten sposób dochodzi do naśladowania wyrazów bez ich zrozumienia (echolalia). W miarę powtarzania się tych bodźców drogi i ośrodki te rozwijają się i udoskonalają coraz więcej i pozostają ślady w m, gdzie wytwarza się pamięć ruchów mięśniowych artykulacyjnych, niezbędnych do wymawiania słowa, t. j. ośrodek ruchowy mowy (Sprachbewegungszentrum). Im doskonalej droga a—s—m—b jest utorowana i wyćwiczona, tem lepiej zdoła dziecko słyszane słowa powtarzać i z czasem wytwarza się w mózgu także skojarzenie wrażeń słuchowych z wrażeniami kinestetycznemi, powstającemi przy ruchach artykulalacyjnych, wykonywanych przy wygłaszaniu rozmaitych dźwięków.

Od tych pobudzonych ośrodków s. i m. idą znów prądy nerwowe, jako podniety do innych ośrodków zmysłowych w korze mózgowej, do d. (dotyk), o. (ośrodek optyczny), w. (węch) i t. d. i to połączenie różnych wrażeń zmysłowych umożliwia nam pojmowanie przedmiotu. Przez takie połączenie wrażeń słuchowych z innymi ośrodkami może dziecko dopiero słyszane wyrazy zrozumieć. Miejsce, w którem to zrozumienie następuje, oznaczamy jako P, ośrodek pojęcia, ideacyi. Nie należy jednak wyobrażać sobie, że P. jest pewnem ograniczonem miejscem, jak inne ośrodki. Albowiem w rzeczywistości takiego ośrodka niema i pojęcie przedmiotów tworzy się przez skojarzenie różnych ośrodków ze sobą, a więc w całej korze mózgowej. A więc przez ucho dostaje się podnieta od zewnątrz do s. i tu następuje wrażenie wyraźne głosowe bez zrozumienia. A dopiero udzielenie się tych wrażeń innym ośrodkom w P. umożliwia zrozumienie wyrazu i powstanie pojęcia. Tak powstaje droga dośrodkowa.

W późniejszym okresie od ośrodka ideacyi idą podniety nerwowe do ośrodka ruchowego mowy drogą P—m i wtedy dziecko staje się zdolnem nietylko słyszane wyrazy powtarzać i rozumieć, lecz także samodzielnie mówić, t. j. wyrażać własne swoje myśli. Bo ośrodek ruchowy w m, pobudzony drogą P—m, posyła prądy nerwowe dalej ku obwodowi do b, do narządów artykulacyjnych, w celu wywołania ruchów, potrzebnych do wydobycia wyrazu, odpowiadającego myśli w P. Droga ta m—b prowadzi od lewego przedniego zakrętu ośrodkowego w płacie czołowym, głównie przez torebkę wewnętrzną lewą, po części też przez spoidło wielkie, torebkę wewnętrzną prawą, dalej przez jądra czwartej komory mózgowej, nerwy mózgowe do nerwów i mięśni krtani i ust. To jest droga odśrodkowa, ruchowa ekspresyjna.

Wszystkie te drogi i ośrodki są zwykle już od urodzenia preformowane, ale nie czynne. Sprawność ich wyrabia się dopiero jako skutek podrażnienia przez bodźce zewnętrzne drogą od narządów zmysłowych obwodowych (ucha) do ośrodków zmysłowych korowych. Bez tych bodźców drogi te pozostają zawsze nieczynne. Stąd się tłómaczy, że dziecko głuche staje się niemem i że dziecko zupełnie zdrowe może uchodzić za głuchonieme, jeżeli się wychowało w otoczeniu głuchoniemych. Dziecko rodziców głuchoniemych, nie słysząc nigdy głosu ludzkiego, nie doznając wrażeń słuchowych, pozbawione jest bodźców, potrzebnych do rozwoju dróg słuchowych i ruchowych mowy. Drogi nerwowe od a do s i stąd do m i do b pozostają nie rozbudzone, jakby w wiecznym śnie pogrążone. Oddalone od takiego otoczenia i oddane pod opiekę ludzi zdrowych dziecko takie, pozornie głuchonieme, zacznie w krótkim czasie dobrze mówić i słyszeć.

Droga a—s—P—m jest zatem potrzebną do mowy. Jeżeli ta droga na jakiemś miejscu jest przerwana, to powstaną różne zaburzenia mowy, względnie także słuchu, zależne od siedziby tej przerwy. Jakiego rodzaju zaburzenia mowy powstają wskutek przerwy na drodze dośrodkowej a—s—P, wyłożyłem już gdzieindziej. Tu mam właśnie przedstawić takie zaburzenia, których przyczyna leży na drodze odśrodkowej, ruchowej.

Przypuśćmy, że zgłasza się do nas matka z dzieckiem 5—6-letniem i podaje, że dziecko dobrze słyszy, wszystko rozumie, ale nie mówi. Wyjaśniwszy, w jaki sposób zaburzenia mowy powstać mogą, dalszem naszem zadaniem jest wyśledzić miejsce i przyczynę zaburzenia w mowie będącego.

Ad 2). Szukając miejsca przeszkody w układzie dróg nerwowych dla mowy musimy sobie uprzytomnić, że jeżeli dziecko dobrze słyszy i rozumie, to droga a do P musi być zdrowa. Mamy tu niemotę przy dobrym słuchu. Myśli

dziecka są prawidłowe, a więc przeszkoda musi się znajdować na od P do b. Zmiana chorobowa znajduje się albo w korze mózgowej między P a m (niemota zakorowa), albo w m lub na drodze s—m (niemota korowa), albo nareszcie niżej w torebce wewnętrznej (porażenie opuszkowe wrzekome), lub w nerwach, mięśniach i narządach obwodowych mowy, t. j. na drodze m—b (niemota podkorowa).

Niemota ruchowa zakorowa cechuje się brakiem zmian obwodowych ze strony narządów mowy i nerwów podkorowych. Chory rozumie dokładnie wszystko, co się do niego mówi, ruchy języka i warg są prawidłowe, a jednak chory nie może samodzielnie mówić, bo droga P—m jest niesprawna. O ile zaś droga od s do m jest wolna, to chory potrafi słyszane słowa powtarzać, także pisać dyktat, ale nie może pisać samodzielnie.

Jeżeli zmiana chorobowa znajduje się w m, w płacie czołowym — niemota ruchowa korowa — to chory nie może ani samodzielnie mówić, ani słyszanych wyrazów powtarzać, ani pisać, bo w m mieści się ośrodek także dla ruchów ręki przy pisaniu. Choremu w tej postaci niemoty brak wyobrażeń ruchowych dla słów zachowanych w pamięci s. Należy jednak tu wspomnieć, że w tej niemocie, mimo prawidłowego stanu drogi a—s—P, zrozumienie mowy nie jest zupełnie prawidłowe. Albowiem rozwój ośrodka słuchowego zależy do pewnego stopnia także od rozwoju ośrodka ruchowego dla mowy. I tak nie możemy sobie zupełnie dobrze przyswoić nowego wyrazu obcego języka, aż go sami dobrze nie wymawiamy. Dopiero przez własne wymawianie tego wyrazu staje on się nam dobrze znanym i lepiej go w pamięci zatrzymujemy. Dla zupełnego pojęcia nowego wyrazu należy zatem połączenie wrażenia słuchowego z wrażeniem kinestetycznem, powstającem przy jego wymowie. (Uczucie ułożenia narządów mowy).

Jeżeli zmiana usadowi się na drodze s—m (insula Reili), to powtarzanie słyszanych wyrazów nie jest możliwe, tak samo pisanie dyktatu. Samodzielna mowa również nie może być wtedy poprawna, gdyż rozwój ośrodka m zależy poczęści od podniet dostających się do niego drogą s—m.

Gdy zmiana chorobowa znajduje się na drodze m—b (torebka wewnętrzna, dno IV komory, jądra nerwów mózgowych i t. d.) — niemota podkorowa — to chory nie może słowa wydobyć, ani samodzielnie mówić, ani powtarzać. Stan ten odróżnia się od niemoty korowej tem, że o ile się tyczy dorosłego, chory może pisać, gdyż połączenie m z mięśniami i nerwami dla poruszenia ręki może być utrzymane.

Nareszcie przyczyna może znajdować się w b, w narządach obwodowych mowy, co łatwo przy badaniu stwierdzić się daje; o tem niżej.

Ad 3). Co się tyczy rodzaju zmiany chorobowej, powodującej niemotę, to może ona być przyrody organicznej lub czynnościowej. Jeżeli na drodze od P do m. i b. jest jakaś zmiana ogniskowa, nowotwór, zator, ropień, wybroczyna i t. d., to może wprawdzie powstać niemota, o której tu mówimy. Ale wtedy mamy przed sobą chorobę mózgową, a niemotę jako tylko jej objaw, a nie jako chorobę samodzielną. Podobnie, jeżeli taka niemota istnieje obok idyotyzmu, matołectwa lub głupkowatości, wtedy chodzi głównie o chorobę umysłową, a nie o niemotę. Należy jednak mieć w pamięci, że takie odróżnienie może być trudne. Dziecko dobrze mówiące nabywa wielkiej liczby wiadomości przez wypytywanie się, dowiadywanie, co to, co owo znaczy. Ciekawość jego przyczynia się znacznie do rozwoju jego umysłu, do objaśnienia go o wielu ciemnych mu rzeczach, co pogłębia jego duszę, rozszerza widnokrąg umysłowy i ułatwia mu naukę. Dziecko niemowa, nie mogące się wypytywać, pozostaje do pewnego stopnia umysłowo upośledzonem i może sprawiać wrażenie głupkowatego. Naodwrót rozumie się samo przez się, że w idyotyzmie, gdzie cała sfera duchowa stoi na niższym stopniu, także mowa musi być upośledzona. Dlatego może być trudnem rozstrzygnięcie, czy w danym przypadku ma się przed sobą upośledzenie umysłowe, czy tylko niemotę. To odróżnienie jest ważne pod względem rokowania, ponieważ u dzieci umysłowo zdrowych leczenie niemoty bywa skuteczniejsze, aczkolwiek i w idyotyzmie leczenie może dużo sprawić.

Dalej wyłączyć należy wady organiczne w obwodowych narządach artykulacyjnych, które mogą być przyczyną znacznych zaburzeń mowy, jak rozszczepienie podniebienia, przyrośnięty język lub inne wady rozwojowe i nareszcie wyrośle gruczołowate. Jest rzeczą jasną, że wskutek komunikacyi między jamą ustną a nosową chore dziecko nie może należycie naśladować mowy otoczenia i dlatego mowa u niego nie może się prawidłowo rozwijać. Przez blizkie sąsiedztwo stropu jamy gardłowej z mózgiem, powstaje w mózgu przy wyroślach gruczołowych rodzaj zastoju, który, zdaniem Gutzmanna, przeszkadza przeniesieniu bodźców słuchowych na ośrodek ruchowy mowy, czemu zresztą przeczą inni autorzy, Liebmann, Coën i inni.

Mowa może także być bardzo niewyraźna wskutek pląsawicy. Dalej należy odróżnić tak zwaną — aphasia voluntaria, która cechuje się tem, że chory może mówić, ale nie chce i inne postacie, jak aphonia spastica, mogiphonia i aphthongia, polegające na skurczu lub porażeniu mięśni głosowych. Dopiero po wyłączeniu wszystkich tych zmian można mówić o czystej niemocie »słyszącej« (audimutitas).

Przez niemotę słyszącą w ściślejszem znaczeniu rozumiemy stan chorobowy, w którym dziecko, zresztą zdrowe i dobrze słyszące, nie może mówić. Choroba ta cechuje się tem, że 1) chory wydaje się fizycznie i umysłowo prawidłowym, 2) słuch jest nienaruszony, 3) narządy mowy obwodowe są prawidłowe, 4) brak porażeń i zaników na ciele lub kończynach. Niemota taka może być różnego stopnia. Albo chory nie może wydobywać żadnych dźwięków artykułowanych, albo jąka się niezrozumiale, albo istnieje zacinanie się, bezład w wymawianiu. Czasem istnieje zdolność wymawiania tylko jednego słowa lub jednego zdania (monofazya), albo chory wymawia inne słowo zamiast zamierzonego (parafazya). Nie chcę tu mówić o zwykłem jąkaniu się i bełkotaniu, które należą do zaburzeń anartrycznych.

Gdzie zatem można wyłączyć zmiany organiczne lub ogólnonerwowe, może chodzić tylko o zaburzenia czynnościowe w odnośnych drogach i ośrodkach nerwowych. Jako takie przyjmują różni autorzy brak lub niedostateczny ich rozwój, niedostateczną ich sprawność wskutek rozmaitych wewnętrznych lub zewnętrznych szkodliwości, brak wrodzo-

nej chęci lub istniejący wstręt do mówienia, powstrzymany rozwój tego ośrodka, od którego wychodzą podniety do ruchów mowy, brak pamięci, niestałość uwagi akustycznej, brak spostrzeżenia dla ułożenia ust przy mowie, albo złą pamięć dla słów i t. p.

Ad 4). Co do przyczyn tych zaburzeń, to mogą one być wrodzone lub nabyte. Niektórzy autorzy odróżniają »mutitas« od »afazyi«, używając pierwszego wyrazu dla oznaczenia niemoty wrodzonej, drugiego dla niemoty nabytej, to znaczy dla utraty mowy, która poprzednio istniała, w następstwie różnych chorób nerwowych lub mózgowych. Prócz tego odróżniamy niemotę fizyologiczną (mutitas physiologica), w tym okresie życia, w którym dziecko prawidłowe nie może jeszcze swoich myśli wyrazić słowami. Okres ten trwa różnie długo, najdalej zaś do końca trzeciego roku życia. Do tego czasu można jeszcze mówić o spóźnionym rozwoju mowy (mutitas physiologica prolongata). Po tym okresie niemota jest już chorobowa. Wprawdzie zdarza się, że dziecko zaczyna samodzielnie mówić dopiero w piątym lub szóstym roku, jednakże dziecko fizycznie zdrowe i nie mówiące z końcem trzeciego roku życia już cierpi na »audimutitas« i wymaga leczenia.

Choroba ta zdarza się częściej u dzieci słabowitych, mało odpornych i pochodzących z rodziców chorowitych, niż u dzieci silnych, zdrowych rodziców. Jako czynniki etyologiczne przyjmuje się dziedziczność, nadużywanie wyskoku przez rodziców i przebyte w młodym wieku choroby ośrodkowego układu nerwowego, dróg oddechowych, oraz urazy. Coën podnosi jako przyczyny usposobienie wrodzone, pochodzenie od rodziców, którzy sami w młodości cierpieli na tę chorobę lub są mało odporni, mają wady rozwojowe lub nadużywali wyskoku przed lub podczas płodzenia, dalej używanie wyskokowych napojów ze strony dzieci w młodym wieku, nareszcie małżeństwa między krewnymi. Inni wskazują na to, że w wywiadach takich chorych spotyka się często krzywicę i ciężkie choroby narządów oddechowych, szczególnie zapalenie płuc i krztusiec. Podobnie, jak w niemocie czuciowej zakorowej (aphasia sensorica transcorticalis), t. j. w niemocie z utrudnieniem rozumienia wyrazów, stwierdzić można także w chorobie w mowie będącej często drgawki w dzieciństwie i spóźniony rozwój mowy u przodków. Statystyka Fröschelsa wykazuje, że w znacznej części przypadków przyczyna tej choroby leży w poprzednich chorobach dziecka, a mianowicie 90% przypadków tej choroby tyczyło się dzieci krzywiczych.

Wywiady bez wyjątku wykazują, że dzieci te późno zaczęły stawać i chodzić. W pewnej części przypadków spotykamy w wywiadach ciężkie choroby dróg oddechowych, przeważnie krztusiec i zapalenie płuc. W niektórych przypadkach choroba była dziedziczna, a tyczyło się to dzieci, u których rodziców był również spóźniony rozwój mowy. Jako ważny czynnik przyczynowy dla tej niemoty nabytej, przytaczają zadziałanie urazów psychicznych, jak strach i t. p. Według Hammerschlaga choroba ta występuje po chorobach zakaźnych w wieku dziecięcym i może być następstwem ognisk zapalnych w mózgu (encephalitis).

Nietrudno zrozumieć, że drgawki, które obniżają ogólną sprawność mózgu, jak również krzywica, czyniąca przez dłuższy czas cały układ ruchowy dziecka niezdolnym do czynności, mogą też łatwo być przyczyną niemoty ruchowej. Uwzględniając ważną rolę, którą odgrywa oddychanie w czynności mówienia, pojąć także można wpływ ciężkich chorób narządów oddechowych na powstanie niemoty. Wiadomo też oddawna, że wstrząs psychiczny może wywołać nagle niemotę, utrzymującą się różnie długi czas, i w piśmiennictwie podano takie przypadki, w których niemota powstała pod wpływem nagłego strachu. Fröschels przytacza ciekawy podobny przypadek, tyczący się dziecka, które było świadkiem zabicia swoich rodziców w pogromie żydowskim w Rosyi i od tego czasu zapomniało mówić. Dziecko to oddano do zakładu dla głuchoniemych w Wiedniu. Gdy po latach dziecko to razu jednego usłyszało przypadkowo po raz pierwszy kogoś, mówiącego po polsku, wybuchło nagle głośnym, rzewnym płaczem i zaczęło mówić i opowiadać po polsku o zabiciu swoich rodziców. Tu niemota była nabyta równocześnie z afazyą czuciową.

Coën sądzi, że silne wrażenie psychiczne może wywoływać zmarnienie prawidłowego rozwoju dróg i ośrodków ruchowych mowy.

Do źródeł niemoty nabytej zaliczyć należy też niemotę histeryczną. Niemota ta różni się od bezgłosu histerycznego (afonii) tem, że w bezgłosie szept jest możliwy, a w tamtej niemocie mowa wogóle jest niemożliwą. Gdy głuchoniemy może głośno krzyczeć, to w tej niemocie chory nie może żadnego tonu wydobyć. Niemota ta powstaje zwykle nagle pod wpływem wstrząsających wrażeń, strachu, niespodzianki. Czasem choroba zaczyna się bezgłosem, przechodząc następnie w niemotę. Chory narzeka na osobliwe uczucie na języku, na wrażenie duszenia się, na brak tchu, na bóle pod mostkiem. Pobudliwość błony śluzowej gardła i krtani jest obniżona. Przytem nie brak innych objawów histeryi, a w szczególności cechującej zmienności objawów.

Niektórzy przypisują przyczynę tej choroby (niemoty »słyszącej«) niedokształceniu gruczołu tarczowego, względnie nadmiernemu wytwarzaniu wydzieliny tego gruczołu.

Ciekawy jest fakt, podniesiony przez Fröschelsa, że niemota słysząca zdarza się znacznie rzadziej u dziewcząt, niż u chłopców, co niektórzy przypisują właściwej płci żeńskiej większej gadatliwości.

Ad 5). Nakoniec parę słów o leczeniu, które w tej chorobie bywa skutecznem i wdzięcznem. Skoro choroba polega przeważnie na braku lub niedostatecznym rozwoju ośrodków i dróg ruchowych, przeto leczenie kieruje się temi samemi zasadami, jak przy niemocie czuciowej z upośledzeniem ośrodków i dróg czuciowych słuchowych. Zwykle można spostrzegać, że tam, gdzie rozwój jednego zmysłu jest upośledzony, inny zmysł jest tem więcej czynny i pobudliwy. Już w życiu codziennem u ludzi zdrowych uwydatnia się często różny stopień sprawności różnych ośrodków zmysłowych. Jeden lepiej pamięta to, co słyszy, drugi to, co widzi lub wymawia, trzeci lepiej pamięta wrażenia smaku lub dotyku. Jeden widzi słowo, które wymawia, przed sobą w literach, drugi słyszy jego brzmienie w uszach. W zwykłem życiu pomagamy sobie w razie słabszej pamięci dla jednego zmysłu w ten sposób, że bierzemy na pomoc inny zmysł; i tak pamiętamy lepiej słyszany wyraz, jeżeli go wypiszemy lub powtarzamy, zapamiętujemy lepiej wyraz czytany przez głośne jego wymawianie.

Przy mowie odgrywają główną rolę trzy składniki wyrazu: słuchowy, wzrokowy i ruchowo-dotykowy. Myśląc o słowie jakiemś i chcąc je wyrazić, przedstawiamy sobie połączone z niem wyobrażenie słuchowe — brzmienne — ruchowo-dotykowe (narządów artykulacyjnych) i wzrokowe (piśmienne).

Otóż u niedosłyszących i u niemych typy te są wyraźniej chorobowo zaznaczone. Tam, gdzie słuch niedopisuje, bądź to, że chore ucho wrażeń nie przyjmuje, bądź że drogi od ucha do ośrodka słuchowego nie są sprawne, tam bierzemy na pomoc inny zmysł, w danym razie przeważnie czynny. Pokazuje się dziecku n. p. proste wielkie obrazy przedmiotów i wymawia się rownocześnie głośno i wyraźnie nazwy tych przedmiotów. W ten sposób udaje się, odpowiednio i cierpliwie postępując, pobudzić ośrodek i drogi słuchowe drogą od oka do ośrodka słuchowego (o—s) i doprowadzić do tego, że z czasem dziecko takie łączy wrażenie akustyczne z wrażeniami optycznemi, odbieranemi z książek z obrazkami. U innego dziecka n. p. typu dotykowego, należy się starać, by ono odczuwało ruch naszych ust i wstrząśnienie powietrza podczas mówienia. Te wrażenia dotykowe są dla poszczególnych dźwięków prawie tak samo cechujące, jak wywołane przez nie wrażenie akustyczne.

W podobny sposób postępować należy przy leczeniu niemoty słyszącej. Tu ośrodki i drogi słuchowe są sprawne, ale połączenie ich z ośrodkiem mowy jest przerwane, albo ośrodki i drogi nerwowe mowy są nieczynne lub słabo rozwinięte. I tu posługujemy się innymi zmysłami dla pobudzenia tych dróg, a mianowicie wzrokiem i dotykiem. Pokazujemy dziecku ułożenie ust i dajemy mu odczuwać wstrząśnienie powietrza przy wymawianiu. W ten sposób zastępujemy drogę od ucha do narządów mowy, t. j. od s do m inną drogą, optyczno-dotykową przez o—m lub d—m (p. rysunek). Przez ćwiczenie takiego dziecka zapomocą pokazywania mu obrazów i równoczesnego wymawiania ich nazw można pobudzić pamięć słabą i utorować przewodzenie w szlakach niedrożnych.

W tych przypadkach, w których przyczyną choroby jest wstręt do mowy, należy próbować metod psychicznych do zwalczania tego wstrętu przez pobudzenie ciekawości dziecka do różnych przedmiotów, obrazów, zabawek. Przy braku uwagi należy budzić uwagę dziecka przez wykrzykniki, połączone z pokazaniem zajmujących obrazów i równoczesnem głośnem i wyraźnem wymawianiem wyrazów odpowiednich. Przy braku pamięci dla ruchów mowy wskazane są ćwiczenia gimnastyczne tych ruchów.

Przy niemocie ruchowej podkorowej, postaci porażenia opuszkowego wrzekomego, polegającej na słabym rozwoju i niedostatecznej sprawności nerwów i mięśni obwodowych. należy starać się mowę wyrobić zapomocą ćwiczeń gimnastycznych mięśni mowy. Pokazujemy dzieciom, jak mają trzymać język, wargi, lub układając im język i wargi podczas wymawiania poszczególnych głosek, każemy dzieciom samodzielnie wykonywać i ćwiczyć ruchy odpowiednie.

Przy równoczesnem istnieniu niedokształcenia gruczołu tarczowego polecają podawanie tyreoidyny, przy przeroście tego gruczołu przetwory arszenikowe.

Rozumie się samo przez się, że należy równocześnie uwzględnić pod względem leczniczym ewentualnie istniejącą gruźlicę, krzywicę, albo istniejące wyrośle gruczołowate.

Jeżeli pląsawica jest przyczyną niewyraźnej mowy, wtedy wskazane są energiczne ćwiczenia ruchów artykulacyjnych.

Wady rozwojowe obwodowych narządów artykulacyjnych mogą wymagać zabiegów operacyjnych.

Bliższe szczegóły o metodach i technice leczenia tego cierpienia znajdują się w dziełach Gutzmanna, Coëna, Sterna, Fröschelsa i innych.

Dodać jeszcze należy, że leczenie to bywa bardzo skutecznem i wdzięcznem i że Fröschels podaje 100% wyleczeń.

Rzut oka na rozwój patologii na tle rozwoju nauki, w szczególności przyrodoznawstwa. Patologia jako nauka.

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Dokończenie).

Badania patologiczne, które od czasów Morgagniego zaczęto systematycznie prowadzić już w końcu XVIII w. we wskazanym przez niego kierunku morfologicznym (Jan Lieutaud (1703—1780), w pierwszej połowie XIX w. znacznie pomnożyły materyał naukowy anatomii patologicznej (Mateusz Baillie (1763—1823), J. F. Meckel, zasłużony w nauce o wadach rozwojowych, Karol Rokitansky (1804—1878), który wprowadził do patologii badanie mikroskopowe i in.). Panujący podówczas we Francyi kierunek morfologiczny badań przyrodniczych i lekarskich sprawił, że wśród lekarzy francuskich bardzo rozpowszechniło się przekonanie, iż w stanach chorobnych zmiany czynnościowe są tylko wyrazem powstałych w ustroju zmian anatomicznych i że przeto podstawą nauk lekarskich jest anatomia patologiczna. Przekonanie to utrwalały wynalezione, a względnie wykształcone w tych czasach metody fizycznego badania chorych, mianowicie metoda opukiwania (Leopold Auenbrugger (1722—1809), Jan Mikołaj Corvisart (1755—1821), oraz osłuchiwania (Renat Teodor Hyacynt Laennec 1781—1826), do których rozpowszechnienia przyczynił się potem najwięcej klinicysta wiedeński Józef Skoda (1005—1881).

Tak powstała we Francyi t. zw. szkoła anatomiczna, której głównym ośrodkiem był Paryż i która w chorobach uwzględniała głównie zmiany organiczne (lésions organiques).

W tym samym czasie w Szkole lekarskiej w Montpellier panował w rzeczach patologii kierunek bardziej humoralny; uprawiano tam naukę o skazach, oraz starano się przez dokładny rozbiór objawów chorobnych poznać jaknajlepiej elementy chorobne.

Tak zwany kierunek fizyologiczny w patologii miał podówczas także niemałą liczbę zwolenników. Najwybitniejszym ich przedstawicielem był Franciszek Józef Wiktor Broussais (1772—1838), którego system lekarski,

powstały pod wpływem nauki Browna, jednostronny i powierzchowny, małą miał wartość naukową. W patologii Broussaisa główną rolę odgrywa zadrażnienie i to przewodu pokarmowego, a względnie jego zapalenie (gastroenteritis). Zaburzenie to ma według Broussaisa sprowadzać gorączkę, oraz wszelkie cierpienia przewlekłe, a choroby nerwowe mają powstawać wskutek t. zw. zapalenia współczulnego. Równie małą wartość miała teorya Jana Baptysty Bouillauda (1796—1881), ucznia i zwolennika Brouissaisa, który za przyczynę gorączki uważał zapalenie wsierdzia i błony wewnętrznej naczyń. Opieranie na powyższych t. zw. fizyologicznych teoryach medycyny praktycznej, było wielce szkodliwe, głównie z powodu nadmiernego krwi puszczania, które stosowano głównie dlatego, ażeby owym zadrażnieniom i zapaleniom przeciwdziałać.

Jak mało w tak niedawnych jeszcze czasach medycynę praktyczną opierano na prawdziwie naukowych podstawach, wskazuje ta okoliczność, że mogła w tych czasach powstać i znacznie się rozpowszechnić homeopatya Samuela Hahnemanna (1755—1843), której główna zasada wbrew starodawnej, już przez Hippokratesa wyznawanej zasadzie leczniczej »contraria contrariis«(»τὰ ἐνάντια τῶν ἐναντίων ἐστὶν ἰήματα«), brzmiała »similia similibus curantur« i która ani patologii, ani związku medycyny z naukami przyrodniczemi nie uznawała, która zatem w rozwoju nauk lekarskich była krokiem wstecz.

Tymczasem badanie morfologiczne spraw chorobnych coraz więcej się szerzyło, przyczem coraz więcej posługiwano się mikroskopem, wyniki zaś tych badań zaczęto łączyć coraz ściślej z wynikami badań klinicznych, dokonywanych zapomocą stosowanych w przyrodoznawstwie metod fizycznych i chemicznych. Dlatego też w ogólnem ujmowaniu chorób, obok poglądu, płynącego ze stanowiska czysto morfologicznego, zaczął się coraz bardziej przebijać pogląd fizyologiczny. Wprawdzie pod wpływem tego zwrotu w Niemczech, na gruncie przesiąkłym filozofią natury, powstały niektóre teorye patologiczne, które nauki nie posunęły naprzód; taką teoryą był t. zw. parazytyzm, którego głównym przedstawicielem był Karol Wilhelm Stark (1787—1845), głoszący, że choroby są to samoistne sprawy organiczne, niejako pasorzyty, mające wiele analogii z prawidłowymi tworami niższymi; taką była też teorya Karola Ryszarda Hoffmanna (um. 1851), który w swojej idealnej patologii porównawczej ujmował choroby jako powrót idei życia na niższe szczeble życia prawidłowego. Naogół jednak już w pierwszej połowie XIX w. nauka patologii znaczny zrobiła postęp. Obok szybko rozwijającej się anatomii patologicznej, oraz patologii klinicznej, zaczęto odczuwać potrzebę nauki, któraby badała przyczyny chorób, oraz tłómaczyła spostrzegane zjawiska chorobne nie z jakiegoś stanowiska apriorystycznego, jak to bywało w różnych dawniejszych systemach lekarskich, ale na podstawie naukowo stwierdzonych danych; nauki, któraby ujmowała choroby, jako procesy czyli sprawy chorobne i zgłębiała przedewszystkiem takie sprawy, jakie wspólną cechę różnych chorób stanowią. Tak powstała patologia ogólna.

W drugiej połowie ubiegłego i w początku obecnego wieku postęp nauki we wszystkich jej gałęziach jest tak olbrzymi, że obraz jego w tak krótkim zarysie, jak niniejszy, zupełnym być nie może. Zwłaszcza w naukach przyrodniczych dokonano w tym czasie wielu pierwszorzędnych odkryć, które wiedzę naszą w tej dziedzinie znacznie pogłębiły. To pogłębienie naukowe przyrodoznawstwa, w szczególności nauk biologicznych, ten miało skutek, że nauki te nietylko wyzwoliły się z pod wpływu filozofii spekulacyjnej, który jeszcze w pierwszej połowie XIX w. na nich się odbijał, ale że same stały się najważniejszą bodaj podstawą filozofii nowoczesnej.

W odwiecznem ścieraniu się poglądów idealistycznych z materyalistycznymi, w drugiej połowie XIX w. przeważały poglądy, wypływające z mechanicznego pojmowania świata. Przyczyniła się do tego w znacznej mierze ta okoliczność, że we fizyce i chemii wręcz wspaniałe wyniki dała atomistyka, oraz że w fizyologii, której jeszcze pod koniec XVIII w. nadał tło czysto materyalistyczne Piotr Jan Cabanis (1757—1808), poznano, zwłaszcza w dziedzinie ośrodkowego układu nerwowego, oraz narządów zmysłów, zjawiska, które, jak to się podówczas wydawało, można było wytłómaczyć mechanicznie. Tem się tłómaczy to, że w drugiej połowie XIX w. na czele wspomnianego ruchu materyalistycznego, który i na umysłowość polską pewien wpływ wywarł, stali medycy. Materyalizm propagowali w tym czasie głównie Jakób Moleschott (1822—1893), który w człowieku widział tylko sumę rodziców, mamki, miejsca i czasu, powietrza i pogody, dźwięku i światła, jedzenia i okrycia, Ludwik Büchner (1824—1899), autor wydanej w r. 1855, bardzo poczytnej w owym czasie książki p. t. »Siła i materya«, oraz Karol Vogt (1817—1895), który za przykładem Cabanisa, uważającego myśl za wydzielinę mózgu, głosił, że myśl ma się do mózgu tak, jak żółć do wątroby lub mocz do nerek. Nie wszyscy jednak biologowie poglądem tym hołdowali. Pod koniec zaś XIX w. zaznaczył się wśród uczonych wyraźny zwrot w kierunku idealistycznym, w znacznej części wskutek lepszego zdania sobie sprawy z granic poznania ludzkiego; między innymi powstał we filozofii współczesnej t. zw. kierunek nowoscholastyczny, oparty na płynących z wiary założeniach dogmatycznych.

Atoli w czasach, w których szybkimi kroki posuwała się naprzód fizyka matematyczna i eksperymentalna, gdy powstawała termodynamika (Herman Ludwik Helmholtz 1821—1894), Rudolf Clausius (1822—1888), Sir Wiliam Thomson (1824—1907), gdy dokonywał się zasadniczy przewrót w nauce o elektryczności (fale elektryczne, elektromagnetyczna teorya światła (Jacób Clerck Maxwell (1851—1879), Henryk Hertz (1857—1894), kinetyczna teorya gazów (Maxwell), w czasach, gdy powstawała analiza widmowa (Gustaw Robert Kirchoff (1824—1887), Robert Wilhelm Bunsen (1811—1899), gdy chemia, zwłaszcza organiczna, nadzwyczaj szybko się rozwijała, a fizyczne ujęcie zjawisk chemicznych prowadziło do powstania chemii fizycznej, przyrodnicy, należący przeważnie do obozu materyalistów, roztrząsali różne zasadnicze kwestye z dziedziny kosmogonii, jakoto o początku i końcu świata a wieku ziemi, o początku życia na ziemi i t. p.

Ogłoszona w dziele p. t. »On the origin of species« w r. 1859 teorya Karola Darwina (1809—1882), głosząca tę samą, co i teorya Lamarcka, descendencyę zwierząt, a nadto tłómacząca ich ewolucyę przez dobór na-

turalny, co już przed Darwinem i zupełnie od niego niezależnie podnosił Alfred Russel Wallace (1822—1913), oraz przez walkę o byt, wywierała znaczny wpływ na poglądy przyrodników w tej mierze. Z drugiej strony na poglądy te wywierała pewien wpływ także i ta okoliczność, że w czasach tych, wbrew twierdzeniu Cuviera, który z góry uważał to za rzecz niemożliwą, odnaleziono ślady człowieka kopalnego (Schmerling, Boucher Crèvecoueur de Perthes (1788—1868) i in.

W badaniach biologicznych na miejsce naczelne wysunęły się w tych czasach zagadnienia, tyczące się formacyi i rozwoju tworów (Kölliker, Karol Wilhelm Naegeli (1817—1891). Kölliker, który zwalczał w teoryi Darwina celowość w rozwoju tworów i twierdził, że twory rozwijają się nie dla własnego pożytku, ale wskutek właściwej im zdolności wewnętrznej, doszedł do prawa rozwojowego, które głosi, że organizmy doskonalą się w pewnem oznaczonem stopniowaniu. Ernest Haeckel (ur. 1834) stwierdza zasadniczą zgodność ontogenezy z filogenezą i w r. 1866 daje wyraz tej zgodności w t. zw. prawie biogenetycznem.

Badania anatomiczne i fizyologiczne ośrodkowego układu nerwowego doprowadziły w tych czasach do ważnych odkryć w tej dziedzinie. Poznano odruchy rdzeniowe (Edward Fryderyk Pflüger) (ur. 1839), różne drogi nerwowe, włókna kojarzenia i włókna projekcyjne w mózgu (Teodor Herman Meynert (1833—1892), poznano ośrodki ruchowe mózgu (Juliusz Edward Hitzig (ur. 1838), Herman Nothnagel (1841—1905) i in.). Zaczęła wówczas rozwijać się na podstawach przyrodniczych psychologia (Wilhelm Wundt (ur. 1832), w której posługiwano się zapożyczonemi z fizyki ścisłemi metodami badania. Naukę tę już w r. 1860 starał się ująć Gustaw Teodor Fechner (1801—1887) ze strony czysto fizycznej, jako t. zw. psychofizykę, której jedną z głównych podstaw jest prawo Webera, opiewające, że w granicach zwykłych czucie wzrasta w stosunku logarytmu odnośnego zadrażnienia zmysłowego ($x = \log y$). Do rozwoju psychologii, przekształcającej się w tych czasach na naukę głównie eksperymentalną, w znacznej mierze przyczyniło się dokładniejsze poznanie fizyologii zmysłów, w czem wielką jest zasługa Helmholtza. Helmholtz sprowadził działanie zmysłów do pewnego rodzaju wnioskowania i doszedł do przekonania, że zmysły dają człowiekowi niejako tylko skutki rzeczy, nie zaś ich wierne obrazy, a tem mniej rzeczy same w sobie.

Tymczasem w patologii w drugiej połowie XIX w. dokonywał się bardzo znamienny zwrot. Kierunek anatomiczny, w którym rozwijali patologię w pierwszej połowie ubiegłego wieku przeważnie badacze francuscy, zaczyna się coraz więcej krzewić w Europie środkowej, a uznany niemal powszechnie za jedyny kierunek naukowy w badaniach patologicznych, prowadzi do rozkwitu anatomii patologicznej. Nauka ta staje się główną podstawą patologii klinicznej, do czego w największym stopniu przyczyniają się poglądy panujące podówczas w »Szkole wiedeńskiej«, na której czele stali patolog Rokitansky i klinicysta Skoda i która w tych czasach stała pod względem naukowym najwyżej, oraz poglądy berlińskiego klinicysty Ludwika Traubego (1818—1876). W Polsce najwybitniejszym przedstawicielem szkoły wiedeńskiej był podówczas klinicysta krakowski Józef Dietl (1804—1878).

Kierunek anatomiczny w patologii był niejako przeciwstawieniem pojęć patologicznych, pozostałych z dawniejszych systemów lekarskich, które jeszcze w drugiej połowie XIX w. miały swoich zwolenników. Wśród nich w Polsce najwybitniejszym był klinicysta warszawski, Tytus Chałubiński (1820—1889), w którego poglądach patologicznych wyraźnie przebijał wpływ nauki Browna i Broussaisa, który jednak oceniał należycie znaczenie anatomii patologicznej dla patologii klinicznej.

W rozwoju poglądów na sprawy chorobne wielką rolę odegrało w tych czasach dzieło Feliksa Niemeyera (1820—1871) p. t. »Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie mit besonderer Rücksicht auf Physiologie und pathologische Anatomie«, które zaczęło wychodzić w r. 1858. Było ono wyrazem pewnej reakcyi na owe jeszcze utrzymujące się, a niedostatecznie naukowo ugruntowane dawniejsze poglądy patologiczne, a z drugiej strony na jednostronny kierunek szkoły wiedeńskiej. Dzieło Niemeyera wywarło na ówczesną medycynę wielki wpływ głównie dlatego, że Niemeyer w roztrząsaniu zarówno zagadnień patologicznych, jako też i kwestyi terapeutycznych, starał się opierać na podstawach naukowych i że uwzględniał przytem nietylko dane anatomo-patologiczne, ale zarazem, i to w znacznej mierze, nowsze zdobycze nauki w dziedzinie fizyologii.

Odtąd zaczęły znikać z nauk lekarskich pozostałe z dawnych systemów teorye patologiczne, a rozwój patologii dokonywał się w dalszym ciągu przez ścisłe badania naukowe, które przez pewien czas prowadzono głównie w kierunku morfologicznym.

Znakomite wzmocnienie podstaw morfologicznych zyskała w tym czasie patologia w t. zw. patologii komórkowej. W r. 1857 wyszło p. t. »Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre« klasyczne dzieło Rudolfa Virchowa (1821—1902), którego badania nad komórką doprowadziły do słynnego aforyzmu »omnis cellula e cellula«.

Virchow sprowadzał zmiany patologiczne spotykane w różnych chorobach do zmian pierwotnych, powstałych w komórkach odpowiednich narządów i tkanek. Otworzyło się wówczas niezmiernie rozległe pole dla badań patologicznych, a dodatnie wyniki podjętych w tym kierunku poszukiwań wzbudziły u wielu patologów przekonanie, że tylko przez szczegółowe opracowanie patologii komórkowej będzie można uzyskać naukowe wytłómaczenie wszelkich zjawisk patologicznych. Przekonanie to, które rozpowszechniło się głównie wśród patologów niemieckich, sprawiło, że morfologiczne badania patologiczne znacznie przyćmiły zaledwie rozpoczęte w tych czasach badanie fizyologiczne spraw chorobnych. Patologię ogólną, której to było zadaniem, a którą w braku wyrobionych podstaw naukowych rozumiano podówczas i ujmowano rozmaicie, którą już w r. 1842 Rudolf Herman Lotze (1817—1881) w dziele p. t. »Allgemeine Pathologie und Therapie als mechanische Naturwissenschaften«, próbował ująć ze strony czysto mechanicznej, pod

wpływem rozwijającej się patologii komórkowej starano się przeważnie sprowadzić do ogólnej anatomii patologicznej, a względnie ogólnej histologii patologicznej.

Wprawdzie najwybitniejsi z pośród ówczesnych patologów nie ujmowali spraw chorobnych ze stanowiska wyłącznie morfologicznego, a uwzględniali również, niekiedy nawet w znacznej mierze, ich stronę fizyologiczną. Już Rokitansky, który wbrew duchowi czasu nie był materyalistą i uważał, że atomistyka jest tylko podporą idealistycznego poglądu na świat, starał się oprzeć na anatomii patologicznej fizyologię patologiczną. Zmiany patologiczne narządów czynił on zależnemi od zmian powstałych pierwotnie we krwi, które wyrażają się w różnych t. zw. krazyach, jako to w krazyi białkowatej, włóknikowej, połogowej, tyfusowej, gruźliczej i in.; stał on zatem na stanowisku patologii humoralnej. Twórca patologii komórkowej, Virchow, głosił, że rozwój morfologii patologicznej może oddać wielkie usługi w wyświetlaniu spraw chorobnych jedynie wówczas, gdy badania morfologiczne będą oparte o badania kliniczne i wsparte przez eksperyment; przykładał on wielką wagę do patologii ogólnej, którą nazwał fizyologią patologiczną i wielkie zasługi w tej dziedzinie położył. Juliusz Cohnheim (1839—1884) obok anatomii patologicznej z wielkiem zamiłowaniem uprawiał patologię ogólną. Atoli przeważna część patologów w tej epoce oddawała się głównie badaniu zmian morfologicznych, jako tych, które jedynie w patologii można badać naukowo. Tymczasem obok dominującego w patologii kierunku morfologicznego zaczęto jednak coraz częściej posługiwać się metodą eksperymentalną, która we fizyologii tak obfity plon wydała, także i przy rozwiązywaniu zagadnień patologicznych. Metoda ta, stosowana do tego celu już pod koniec pierwszej połowy ubiegłego wieku przez Bernarda, dała i tutaj tak dobre wyniki, że z patologii wydzieliła się, głównie dzięki działalności naukowej Samuela Strickera (1834—1898), patologia eksperymentalna, jako odrębna gałąź tej nauki.

Epokowe badania Ludwika Pasteura (1822—1895) nad sprawami fermentacyjnemi (1850—1863), zwłaszcza nad fermentacyą wyskokową, w których uczony ten stwierdził, że fermentacye są związane z życiem jednokomórkowych organizmów, doprowadziły do poznania różnych ustrojów niższych, a wśród nich i takich, które sprowadzają choroby ustrojów wyższych. W ten sposób powstała bakteryologia, w której rozwoju wielką zasługę położył Robert Koch (1843—1910). Nauka ta w krótkim czasie wielce rozjaśniła patologię spraw zakaźnych, zwłaszcza ich etyologię, która do owego czasu była jedną z najciemniejszych części patologii. Nadto bakteryologia, której przedmiotem są twory najniżej uorganizowane, a zatem najprostsze i przez to dla badania najbardziej dostępne, dała początek mikrobiologii, która do postępu biologii ogólnej wielce się przyczyniła.

Badanie eksperymentalne spraw chorobnych, dokonywane na różnych zwierzętach, pokazało odrębność odczynów i wogóle zjawisk patologicznych u zwierząt różnych typów. Systematyczne atoli badania w dziedzinie patologii porównawczej są dopiero w okresie początkowym.

Bliższe poznanie chemizmu ustroju chorego, jakie zawdzięczamy rozwojowi chemii organicznej, sprawiło, że podobnie, jak przed laty wyłoniła się z fizyologii jako odrębna nauka chemia fizyologiczna, później powstała chemia patologiczna. Naukę tę łączy się jednak dotychczas zazwyczaj z chemią fizyologiczną w jedną całość.

Badania chemiczne spraw chorobnych, a w szczególności badania zaburzeń przemiany materyi, oraz badania eksperymentalne spraw zakaźnych, dały niezmiernie ważne dla patologii wyniki, mianowicie pokazały, jak wielką rolę w powstawaniu chorób odgrywa zatrucie ustroju.

Patologia eksperymentalna, która początkowo wzorowała swe metody badania na wyrobionych już w znacznej mierze metodach fizyologicznych, w stosunkowo krótkim czasie rozwinęła się tak, że już odegrała i w dalszym ciągu ciągle odgrywa wielką rolę w postępie patologii na różnych polach.

Wyniki badań w tej właśnie dziedzinie głównie sprawiły, że ostatniemi czasy dokonał się w patologii charakterystyczny zwrot, mający pewne pozory powrotu do dawnego humoralizmu, tego zasadniczego poglądu na sprawy chorobne, który w patologii od tak dawna i tak długo panował i który ostatecznie ustąpił miejsca dopiero patologii komórkowej.

Ów zwrot datuje się od r. 1881, t. j, od pierwszych zasadniczych badań fizyologa francuskiego Karola Richeta (ur. 1850), dokonanych wspólnie z Héricourtem, nad własnością uodporniania, jakiej nabiera krew zwierząt przez zaszczepienie ich jadowitym paciorkowcem.

Od tego czasu stwierdzono w wielu stanach patologicznych znamienne dla tych stanów własności soków ustroju (głównie krwi), a względnie stwierdzono w tych sokach obecność ciał charakterystycznych, tymczasem gdy komórki ustroju wyraźnych, a zwłaszcza charakterystycznych zmian w tych stanach nie przedstawiają. Poza zaburzeniami przemiany materyi, które już dawniej z tego były znane, w sprawach zakaźnych, oraz w odczynach ustroju, powstałych na parenteralnie wprowadzone doń obce białko, lub też na wytworzone w nim nieprawidłowe związki białkowate, z biegiem czasu poznawano coraz więcej stanów, w których zmiany humoralne występują na miejsce naczelne. W ostatnich czasach pokazało się, że nawet w stanie fizyologicznym, jakim jest ciąża, krew nabiera charakterystycznych własności, które Emil Abderhalden, który to zjawisko stwierdził, sprowadza do ukazywania się we krwi t. zw. fermentów obronnych.

Jakkolwiek w powyżej przytoczonych sprawach przez badanie krwi, a względnie jej osocza lub surowicy, wykryto i wyświetlono istotnie wiele zjawisk, o których badanie morfologiczne niemal zupełnie nie pouczało, to jednak, wychodząc z jedynej dziś naukowo uzasadnionej koncepcyi spraw biologicznych, musi się uznać, że owe zmiany humoralne, uwidocznione przez badania fizyo-patologiczne, jeśli nie zawsze, to przynajmniej prawie zawsze są tylko wyrazem pierwotnych zmian, powstałych w komórkach ustroju.

Dzisiejszy humoralizm w patologii różni się zatem zasadniczo od humoralizmu dawniejszego, uważa on bowiem zmiany soków ustroju za zmiany wtórne, powstałe wskutek pierwotnych zmian komórek, tymczasem gdy humo-

ralizm dawniejszy uważał zmiany soków ustroju za zmiany pierwotne. Dlatego ów zwrot do humoralizmu w nowoczesnej patologii jest tylko pozorny.

* * *

Z powyższego przedstawienia rzeczy widać, jak patologia w ciągu wieków rozwijała się w związku z innemi naukami, zwłaszcza przyrodniczemi, i w jakiej zależności od nich w różnych epokach. Zrodzona z potrzeby poznania przyczyny cierpień cielesnych, patologia czasów najdawniejszych, tak samo jak i ogólna oryentacya we wszechświecie, opierała się na powierzchownej tylko obserwacyi, a głównie na spekulacyi. Kiedy filozofowie greccy rozłożyli materyę na jej elementy, w patologii wysuwają się na pierwsze miejsce zasadnicze ciecze ustroju. Poznanie doniosłości podstaw empirycznych w badaniu zarówno prawidłowych jak i chorobnych zjawisk życiowych przypada na tę samą mniej więcej epokę; znalazło ono wyraz w nauce Hippokratesa nawet wcześniej, niż w przyrodoznawstwie Arystotelesa. Atoli brak dostatecznie pewnych podstaw naukowych, przy wielkiej skłonności starożytnych greków do filozofowania, utrzymuje i tu i tam element czysto spekulacyjny na poczesnem miejscu.

Pierwsze zaczątki anatomii patologicznej powstają w epoce rozkwitu badań przyrodniczych w szkole Aleksandryjskiej. Powstały później w rzeczach filozofii sceptycyzm rozciąga się także i na patologię. W czasach, gdy w przyrodoznawstwie dominuje opis, powstaje nozografia.

Epoka nauki scholastycznej, w której prawdziwa nauka właściwie zamiera, jest także epoką zupełnego niemal zastoju w patologii, która przez cały ten czas opiera się na autorytecie dawnych mistrzów. Rozbudzona w wieku Odrodzenia dążność do samodzielnego badania i powstała stąd krytyka naukowa prowadzi do wielkich odkryć w dziedzinie przyrodoznawstwa, w patologii zaś osłabia powagę starożytnych lekarzy i sprowadza pierwsze usiłowania zdobycia trwałych podstaw naukowych, oraz wyzyskania wyników innych nauk do wyświetlania spraw chorobnych.

Rozwijająca się fizyka i chemia zaczynają wchodzić do patologii, której atoli początkowo z powyżej wskazanych powodów wielkich usług oddać nie mogą. W miarę jednak postępu, jaki się w nauce wogóle z biegiem czasu dokonywa, patologia czerpie z fizyki i chemii coraz więcej i wyświetla różne zagadnienia na ich podstawie.

W miarę jak w naukach przyrodniczych kształci się metoda analityczna, występuje także dążność do coraz dokładniejszego rozbioru spraw chorobnych, tylko ponieważ rozbiór jest tutaj trudniejszy, niż w innych naukach, daje on w patologii wyniki gorsze, jak w innych dziedzinach przyrodoznawstwa.

W epoce, kiedy nauki przyrodnicze zaczęto opierać na szerszej podstawie i roztrząsać różne ogólne kwestye biologiczne, powstała patologia ogólna, zmierzająca do ujęcia praw ogólnych, rządzących zjawiskami chorobnemi.

W czasach gdy w naukach biologicznych uwzględniano głównie morfologię, i w patologii powstał kierunek morfologiczny, który utrzymywał się w ciągu stosunkowo długiego czasu. Element porównawczy, zwłaszcza zaś element rozwoju, który w biologii tak wielkiego nabrał znaczenia, wszedł do nowoczesnej patologii, jako jeden z najważniejszych czynników w wyświetlaniu spraw chorobnych.

Rozwój nowoczesnej fizyologii, który nastąpił głównie dzięki stosowanej w niej na szeroką skalę metodzie eksperymentalnej i który dopiero, łącznie z morfologią, umożliwił pewne pogłębienie naszych wiadomości o sprawach życiowych w ogólności, wzbudził w patologii na eksperymencie oparty kierunek fizyologiczny, który w ostatnich czasach wysunął się na czoło badań patologicznych.

Poznanie drobnoustrojów od samego niemal początku ery bakteryologicznej zaczęło wyświetlać etyologię spraw zakaźnych, a późniejsze badania bakteryologiczno-patologiczne w znacznej mierze wyświetliły patogenezę tych spraw.

Z taką zatem przeszłością, opartą na innych naukach przyrodniczych i czerpiąca z nich to wszystko, co do wyjaśnienia spraw chorobnych przyczynić się może (promienie Roentgena, rad, prawa dziedziczności Mendla i t. d.), a z drugiej strony wyzwolona od wszelkich naukowo nieuzasadnionych teoryi, jakie stanowiły tło patologii dawniejszej, dzisiejsza patologia jest wynikiem badań dokonanych zapomocą tych samych metod badania, jakie się stosuje w innych naukach biologicznych. Jest to nauka, która ani pod względem ścisłości badania, ani pod względem ścisłości wyników innym naukom biologicznym nie ustępuje.

Że patologia dotychczas nie doprowadziła do poznania tylu praw ogólnych, co niektóre inne nauki biologiczne, tłómaczy nietylko ta okoliczność, że wszechstronne naukowe zgłębianie zagadnień patologicznych datuje się od stosunkowo niedawnego czasu, ale głównie to, że przedmiot patologii jest nietylko niezmiernie rozległy, ale zarazem i nadzwyczajnie zawiły, że zatem przedstawia on dla badania naukowego jeszcze większe trudności, niż przedmiot innych nauk biologicznych. Natomiast rozległość przedmiotu, jakim się zajmuje patologia, sprawia to, że nauka ta otwiera horyzonty tak szerokie, jak żadna inna nauka biologiczna.

Że dzisiejsza patologia jest nauką współrzędną innym naukom biologicznym, świadczy także i ta okoliczność, że patologia, jakkolwiek sama posiłkuje się innemi naukami pomocniczemi, coraz częściej zapładnia inne nauki i wręcz je zasila swojemi zdobyczami, że wspomnę tylko o chemii koloidów, fizyologii ośrodków nerwowych, fizyologii gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, mechanice rozwoju, nauce o regeneracyi, oraz zdobyczach w dziedzinie psychologii, opartych na badaniach zaburzeń mowy i psychoz.

Tę wartość naukową patologii podnieść należy w odróżnieniu od wartości naukowej medycyny praktycznej, czyli sztuki lekarskiej, która dotychczas zaledwie w niektórych tylko kierunkach zyskała silne podstawy w stwierdzonych naukowo faktach patologicznych i w której przeto wiele jeszcze na prostej empiryi, czyli doświadczeniu lekarskiem, opierać się musi.

Ponieważ jedyną właściwą podstawą medycyny jest patologia, przeto to, co jest głównem zadaniem nauk lekarskich, niesienie ulgi cierpiącej ludzkości, w pierwszym rzędzie od postępu patologii zależy.

Przedstawienie w zarysie wyniku badań naukowych w dziedzinie patologii ogólnej będzie przedmiotem niniejszych wykładów.

Piśmiennictwo.

Haeser H. Lehrbuch der Geschichte der Medicin und der epidemischen Krankheiten. Jena 1853 i 1865.
Bugiel W. Nasz najznakomitszy lekarz Odrodzenia, Józef Struś. Nowiny lekarskie 1908.
Śniadecki J. Teorya jestestw organicznych. Wydanie jubileuszowe. Poznań 1905.
Gegenbaur C. Manuel d'anatomie comparée. Paris 1874.
Schmidt E. O. Handbuch der vergleichenden Anatomie. Jena 1882.
Schwann Th. Untersuchungen ueber die Uebereinstimmung in der Structur und dem Wachsthum der Thiere und der Pflanzen 1839.
Stricker S. Vorlesungen ueber allgemeine und experimentelle Pathologie. Wien 1883.
Chałubiński T. Pisma lekarskie. Warszawa 1874.
Biernacki E. Chałubiński i obecne zadania lekarskie. Łódź 1900.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Funk. **Dyeta i leczenie dyetetyczne z punktu widzenia nauki o witaminach** (Münch. med. Woch. 1913, 46). Nowe badania wykazały, że nasze pokarmy zawierają oprócz białka, węglowodanów, tłuszczów, ciał purynowych, lipoidów i soli, jeszcze inne, dotąd nieznane, a do życia konieczne istoty, zwane witaminami; jeśli istot tych brak jest w pożywieniu, powstają choroby o właściwym typie, które autor nazywa awitaminozami, a które i do śmierci prowadzić mogą.

Witaminy są ciałami bardzo chwiejnemi, zawierającemi azot, o bardzo zawikłanej budowie, krystalicznemi, a chemicznie należą do nowej nieznanej grupy. Azot w nich jest związany nie na sposób grup aminowych, nie daje odczynów z kwasami, oraz nie daje się zupełnie lub też częściowo tylko daje się oznaczyć sposobem Kjehldahla. Charakterystyczne objawy, występujące przy awitaminozach, można ugrupować następująco: 1) objawy zwyrodnienia nerwowego z porażeniami i przykurczeniami; 2) objawy sercowe z rozszerzeniem prawego serca, dusznością, sinicą i oliguryą; 3) obrzęki podskórne, puchlina brzuszna, osierdna, piersiowa. Te trzy grupy objawów są właściwe dla choroby beri beri. Dalej 4) znany obraz chorobowy gnilca (scorbutus) z obrzękiem dziąseł, z krwotokami do tkanki podskórnej, pod okostnę i z właściwemi zmianami w kościach, ten sam obraz właściwy jest dla gnilca dziecięcego; 5) objawy rumienia lombardzkiego z zapaleniem błony śluzowej jamy ustnej, zmianami w żołądku i jelitach, typową wysypką skórną i różnymi objawami ze strony układu nerwowego ośrodkowego.

Wszystkie te objawy łączą się dość często i dają w ten sposób obrazy chorobowe z objawami kombinowanymi beri-beri, gnilca i pellagry. Dla leczenia dyetetycznego wszystkich chorób nauka o witaminach ma duże znaczenie; mało witamin zawiera mleko wyjałowione, wyjałowione konserwy mleczne, gotowane mleko krowie, białko jaja kurzego, wyjałowione wyciągi mięsne, suszone owoce i jarzyny, biała mąka pszenna, biały chleb, ryż, sago, suszona kukurydza, mąka kukurydziana i t. p. Jednostronne odżywianie pożywieniem, zawierającem mało witamin, musi wywołać bardzo złe następstwa tak u chorych, jak i zdrowych.

Autor zapowiada wydanie obszerniejszej monografii, omawiającej dokładnie te sprawy. Nowaczyński.

Schöne i Weissenfels. **Wykrywanie i znaczenie prątków gruźliczych w kale** (Zeitschr. f. Tuberkulose 1913, T. XXI, z. 13). Autorowie podają następującą metodę wykrywania prątków w kale: Kał miesza się z wodą przekroploną i wytrząsa dokładnie eterem; eter porywa prątki gruźlicze, które następnie można w odlanym eterze odwirować. W ten sposób zdołali autorowie w 9 przypadkach gruźlicy, w których brak było plwociny, 5 razy stwierdzić prątki w kale. Metoda ta nadaje się zwłaszcza do zastosowania w pedyatryi, a przedewszystkiem daje lepsze wyniki, niż metoda antyforminowa. Z wyników badań treści żołądka, przeprowadzonych na czczo w kierunku połkniętej plwociny, dochodzą autorowie do przekonania, że prątki w kale pochodzą nie z żółci, lecz z plwociny.
Nowaczyński.

Abderhalden i Andryewsky. **Zastosowanie metody optycznej i dyalizacyjnej w chorobach zakaźnych. Badania nad gruźlicą u bydła.** (Münch. med. Woch. 1913, 30). U psów i królików, których surowica prawidłowa nie wywoływała rozpadu (Abbau) prątków gruźliczych, stwierdzali autorowie ten rozpad wtedy, gdy zwierzętom tym wstrzyknęli do krwi prątki gruźlicze albo w postaci delikatnej zawiesiny albo w postaci hodowli żywej. U bydła rzeźnego, u którego nawet znajdowano zmiany gruźlicze w narządach, nie stwierdzali autorowie rozpadu prątków gruźliczych; tylko wtedy otrzymywali odosobnione dodatnie wyniki, jeśli używali prątków gruźliczych typu zwierzęcego. Używając kawałków płuc, zajętych zapaleniem płuc serowatem, stwierdzili autorowie u wszystkich 35 zwierząt, chorych na gruźlicę płuc, rozpad tkanki płucnej wygotowanej, względnie peptonu; dodatnie wyniki otrzymali jednakże u 10 z pośród 50 prawidłowych zwierząt. Z tych badań wynika, że możliwe jest rozpoznawać choroby zakaźne z pomocą metody optycznej i dyalizacyjnej, a także stwierdzać, które narządy są zajęte sprawą chorobową, o ile niema innych powikłań. Dalej wynika z tych spostrzeżeń, że przy zakażeniach odgrywają rolę zaczyny obronne (Abwehrfermente).
N.

Gulat. **Niezwykły przypadek przeżuwania (Wiederkäuen) u człowieka.** (Münch. med. Woch. 1913, 46). Przez ćwiczenie można osiągnąć pewną zdolność przeżuwania bez istnienia zmian anatomicznych w przełyku, we wpuście żołądka lub w żołądku samym. G. badał to przeżuwanie u człowieka, popisującego się połykaniem żywych żab lub ryb do 30 razy na dzień, które następnie żywe dowolnie oddawał z powrotem. Badanie rentgenologiczne stwierdzało zawsze prawidłowe stosunki w żołądku poza niezbyt wielkim stopniem nadmiernej ruchomości (hypermotilitas); badanie treści żołądkowej stwierdzało jednak tak po próbnem śniadaniu, jakoteż i obiedzie, brak kwasu solnego. Z punktu kryminalistyki ważną jest rzeczą wiedzieć o tem, że żołądek może posiadać, względnie nabyć taką niezwykłą zdolność przeżuwania. N.

Skray. **Śniadanie mięsne jako próbne śniadanie** (Wien. med. Woch. 1913, 30). Autor dodaje do zwykłego próbnego śniadania około 30 gr dobrze posiekanej szynki; dokładne posiekanie szynki jest konieczne, gdyż unika się przez to w czasie zgłębnikowania, zatykania zgłębnika niepogryzionymi kawałkami; zgłębnik wprowadza się w 1 godzinę po spożyciu tego śniadania. Okazało się przytem, że w przypadkach, w których po zwykłem śniadaniu próbnem stwierdzano zmniejszone ilości kwasu solnego (subaciditas, wzgl. anaciditas), po śniadaniu próbnem mięsnem znajdowano wolny kwas solny, a nawet zwiększoną jego ilość. W raku żołądka jednakże po śniadaniu mięsnem kwasu solnego nie stwierdzano. Wynika z tego, że we wszystkich stanach zmniejszonej kwaśności lub braku kwasu solnego, jakoteż w braku soku żołądkowego (achylia) trzeba koniecznie powtórzyć badanie treści po śniadaniu próbnem z dodatkiem mięsa; wtedy dopiero można rozpoznać brak wydzielania soku lub zmniejszenie wydzielania kwasu solnego. Obecność kwasu solnego wolnego, względnie jego wzmożenia po śniadaniu próbnem mięsnem przemawia przeciw rakowi żołądka. N.

Zolt v. Dalmady. **Oznaczenie najniższego punktu żołądka zapomocą elektromagnesu** (Med. Klinik 14, 1914, str. 614). D. przedstawił tę metodę w Towarzystwie lekarskiem w Peszcie i nadmienił, że Karol Mayer podał »podobny« sposób, używając zwykłego magnesu. (D. widocznie nie wiedział, że w publikacyi swojej (Przegląd lek. 1909, Nr 2) nawet podkreśliłem wyższość użycia elektromagnesu do powyższego celu. Przypisek sprawozd.).

Karol Mayer.

Decker. **Zapotrzebowanie białka i podrożenie mięsa** (Münch. med. Woch. 1914, Nr 16). Na podstawie własnych i obcych badań zwalcza autor zdanie Voita, utrzymujące się stale w nauce, że człowiek potrzebuje dziennie najwięcej 120 gm białka. Człowiek, pracujący średnio, potrzebuje go tylko 60 gm. Odżywianie się roślinne jest zdaniem Deckera zupełnie równorzędne z mięsem, a jednorazowy posiłek mięsny wystarcza aż nadto na pokrycie zapotrzebowania białka. Wobec tego należy rozszerzać to zapatrywanie, uczyć i umieć przyrządzać smacznie pokarmy roślinne, a tak ważna i piekąca sprawa drożyzny mięsa sama przez się, zdaniem D., upadnie. K.

Friedländer. **Pantopon w rękach lekarza praktycznego** (Med. Klin. 1914, Nr 12). Pantopon jest środkiem, posiadającym zalety makowca, a nie mającym jego wad. F. stosuje go od lat trzech i jest bardzo zeń zadowolony. Zwłaszcza korzystnie działa pantopon w bolesnych cierpieniach żołądka i jelit, przy ustawicznych wymiotach, drażliwości żołądka, kolkach, kaszlu i duszności. Cenne usługi oddaje także przy odzwyczajaniu chorych od morfiny. Do wstrzykiwań najlepiej używać oryginalnych ampułek, bo pantopon rozkłada się w styczności ze szkłem, nie wolnem od zasad. K.

Januschke. **Niektóre fizyologiczne zasady w leczeniu wrzodu żołądka i stanów pokrewnych** (Ther. Monatsh. IV. 1914). Działanie atropiny polega na wybitnem zmniejszaniu wydzielania soku żołądkowego. Przy niezwykłem zamknięciu żołądka przez kurcz odźwiernika uzyskać można bardzo dobre wyniki zapomocą papaweryny. Przy kurczach mięśni żołądka, wywołanych nietylko przez nerw błędny, ale i inne nerwy, oddaje bardzo dobre usługi kombinacya obu tych środków. Natomiast przy wrzodzie żołądka unikać należy morfiny, albowiem zwiększa ona wydzielanie soku żołądkowego. Leczenie dyetetyczne, stosowane celem zmniejszenia wydzielania, nieraz zawodzi. Uważać należy na konsystencyę i ilość pokarmów, pobranych naraz. Podrażnienie żołądka usuwa nieraz dobrze anestezyna. Stosowanie ciepła działa łagodząco na ból, gojąco i zmniejsza podrażnienie (okłady, gorące powietrze, termofor). K.

Beldau. **O leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego ichtalbinem.** (Med. Klinik 1914, Nr 15). B. zaleca w tych przypadkach, w których nie zamyśla się operować, stosowanie ichtalbinu, który w jelitach wywiązuje ichtyol. Podaje się go przed jedzeniem szczyptę (na koniec noża) z dodatkiem 6 kropli rozcieńczonego kwasu solnego w $1/_4$ szklanki wody. Po ostrym napadzie zażywać ma chory ten środek jeszcze 3 razy dnia przez 6—8 tygodni. Dobre wyniki miał osiągać D. zwłaszcza w przypadkach ciągłych nawrotów, gdzie i między napadami istniały przypady w okolicy wyrostka. K.

Esler i Lenk. **Radyologiczne badania stosunku układu nerwowego do czynności ruchowej żołądka.** (M. med. Woch. 1913, 37). Autorowie stwierdzili w doświadczeniach na zwierzętach, że ani własności chemiczne soku żołądkowego (n. p. wzmożona kwaśność), ani nieprawidłowości w układzie nerwowym wegetatywnym (jak n. p. podrażnienie n. błędnego przez pilokarpinę, porażenie n. błędnego przez atropinę, podrażnienie n. współczulnego przez adrenalinę i t. p.) lub też ich kombinacye nie są zdolne wywołać zaburzeń czynności ruchowej żołądka, dających się stwierdzić radyologicznie. N.

II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego

w d. 31. maja i 1. czerwca 1914 w Lublinie.

Sprawozdawca **Dr W. Jasiński** (Lublin).

II. Posiedzenie

(31 maja, o godz. 3 popołudniu).

Prezydyum: Sterling (Łódź), Jedlicki (Kielce), Malewski (Grodzisk). Sekretarze: W. Jasiński, L. Płaczkiewicz, J. Skibiński.

1) Dr A. Jarosiński odczytał pracę: **O zadaniach społecznych lekarza prowincyonalnego w naszych warunkach,** wybraną przez komitet organizacyjny Zjazdu, jako temat główny z dziedziny medycyny społecznej i opracowaną przez autora na prośbę komitetu. (Drukowane w całości w Nrze 22. »Przegl. lek.«).

Dyskusya: a) T. Meyer (Tomaszów rawski) mówi o brakach szpitali prowincyonalnych, uniemożliwiających pracę celową w tych szpitalach nawet chętnym i zdolnym jednostkom; M. wnosi, by wysłać do ministeryum memoryał z udowodnieniem opłakanego stanu szpitalnictwa w Królestwie Polskiem i z żądaniem umieszczenia w budżecie większych sum na potrzeby szpitali prowincyonalnych.

b) J. Pełczyński (Radom), nawiązując do projektu poprzedniego mówcy, wyraża powątpiewanie co do celowości memoryału: projekty ministeryum, jak dowodzi projekt pomocy szpitalnej, wypracowany przez komisyę prof. Reina w Petersburgu, nię uwzględniają bynajmniej warunków miejscowych. Powinniśmy dążyć do tego, by mieć prawo wypowiadania się co do naszych potrzeb, jak to udało się uczynić Towarzystwu lekarskiemu w Radomiu w stosunku do wspomnianego wyżej projektu ministeryalnego; liczyć jednak musimy tylko na własne siły, nie na pomoc z zewnątrz. Następnie P. porusza sprawę braku statystyki zachorowań w Królestwie i zgłasza wniosek, by Zjazd lekarzy prowincyonalnych uznał i podkreślił potrzebę takiej statystyki.

c) W. Rogiński (Kolno, ziemia Łomżyńska) do zadań społecznych lekarza prowincyonalnego zalicza dążenie do zapewnienia położnicom na wsi lepszej pomocy, gdyż »babki wiejskie«, rekrutujące się częstokroć z niedołężnych staruszek, wpływają nader szkodliwie na odsetkę śmiertelności zarówno wśród położnic, jak i noworodków. R. po przezwyciężeniu trudności formalnych (pozwolenie władz) zebrał 80 takich »babek« ze swego powiatu i wyłożył im przystępnie zakres ich działalności, wskazując przedewszystkiem na niebezpieczeństwa, jakie płyną z zewnętrznego badania położnic, wykonywania samodzielnego zabiegów (obroty) i t. p. R. wnosi, by Zjazd uznał za pożądane urządzanie podobnych pogadanek dla »babek« przez lekarzy powiatowych, wiejskich i wolno-praktykujących w różnych zakątkach kraju.

d) H. Fidler (Radom) uważa za konieczne wykorzenianie konserwatyzmu, stającego najczęściej w poprzek najlepszym zamierzeniom; powinniśmy dążyć do demokratyzacyi społeczeństwa wogóle, pracy lekarskiej w szczególności. Lekarz musi być dobrze przygotowany do swego zawodu, dawać rady jędrne, owocne, a wtedy zaufanie do niego wzrośnie niepomiernie i wyniki jego pracy będą lepsze zarówno pod względem lekarskim, jak i społecznym.

e) W. Męczkowski (Warszawa) podnosi społeczną działalność lekarzy: gdzie tylko życie społeczne żywiej tętni, tam zazwyczaj duży udział bierze w niem lekarz. W porównaniu z zagranicznymi, lekarze nasi stoją pod tym względem znacznie wyżej: gdzieindziej pracę społeczną popierają państwa, miasta i gminy, u nas pozostaje jedynie działalność jednostek, napotykająca jeszcze na każdym kroku wielkie

przeszkody. Pod względem ściśle lekarskim stoimy niżej od zagranicy, gdzie lekarze często lub stale odbywają kursy teoretyczne lub praktyczne. M. nie podziela przytoczonych wyżej poglądów T. Meyera na niemożność pracy szpitalnej w warunkach prowincyonalnych; są liczne dowody, że jednostki, obdarzone inicyatywą i energią, dużo zrobić mogą; w ciągu ostatnich lat dziesięciu szpitalnictwo nasze znacznie poszło naprzód. Co do memoryału do ministeryum, M. wiele sobie po nim nie obiecuje; więcej zdziałać może akcya na miejscu u władz i w społeczeństwie miejscowem. Prace komisyi międzywydziałowej (Reina) nie zasługują na bezwzględną krytykę, mają bowiem i cechy dodatnie, co stwierdzono, rozpatrując projekt parokrotnie w warsz. Tow. higienicznem. Wreszcie M. nie podziela zarzutów, czynionych lekarzom przez H. Fidlera; wszędzie istnieć muszą ludzie źli i lepsi; nasi lekarze, powtarza M., pod względem rozumienia obowiązków społecznych stoją bezwarunkowo wyżej od zagranicznych.

f) W zakończeniu dyskusyi przewodniczący (Sterling) odczytuje z pracy Jarosińskiego szereg ustępów, które mogłyby służyć, jako materyał do uchwał zjazdowych; po głosowaniu, redakcyę ostateczną przekazano komisyi uchwał.

2). Dr Kaz. Perłowski (Zawiercie) odczytał pracę: **O mieszanem leczeniu przymiotu rtęcią i salwarsanem.** Prelegent przytoczył poglądy na skuteczność takiego leczenia Neissera, Ehrlicha, Brunsa, Ledermanna i in., oraz statystykę przypadków, leczonych przez Briegera. Następnie dłużej zatrzymał się na poglądach co do leczenia salwarsanem chorób ośrodkowego układu nerwowego i omówił dokładniej przeciwwskazania do leczenia salwarsanem, sprawę odczynów posalwarsanowych (Wechselmann, Ehrlich) i przyczyny zejścia śmiertelnego w opisanych przypadkach. Podkreśliwszy znaczenie wczesnego rozpoznawania przymiotu, przeszedł P. do dokładnego wyszczególnienia, jak leczył swoje przypadki (82 chorych, 145 wstrzyknięć), jak się zachowała próba Wassermana, jakie były objawy uboczne i t. p. We wnioskach P. nawołuje do leczenia przymiotu jednocześnie salwarsanem i rtęcią. (Wykład będzie drukowany w całości w »Pamiętniku Zjazdu«).

Dyskusya: a) A. Pański (Łódź) zabiera głos w sprawie leczenia salwarsanem chorób układu nerwowego i stwierdza, że statystyce, przytoczonej przez prelegenta, przeciwstawić można inne, wskazujące przeciwnie wpływ ujemny na wiąd rdzenia i bezwład postępujący; wyjaśnienie Ehrlicha co do powstawania neurorecydyw nie jest ogólnie przyjęte. Wprawdzie salwarsan wpływa niekiedy dodatnio na niezborność ruchów w wiądzie lub łagodzi bóle, lecz nie ma bodaj nigdy wpływu na samą sprawę, która polega bezwarunkowo na zniszczeniu tkanki nerwowej. Jeszcze mniej działa salwarsan na objawy bezwładu postępującego, rozpoznanego z pewnością. Natomiast salwarsan przyczynić się może do powstawania neurorecydyw, ślepoty lub nawet śmierci, czy to wskutek działań ubocznych, czy wskutek zatrucia arsenem, czy też zapalenia mózgu. Stąd wniosek, że salwarsan w cierpieniach omawianych powinien być stosowany z wielką ostrożnością, wyłącznie w szpitalach, gdzie chory może być wszechstronnie zbadany (nerwy wzrokowe, dokładne ustalenie rozpoznania bezwładu postępującego); w przeciwnym razie możemy przynieść choremu czasami chwilową ulgę, częściej zaś wyrządzić szkodę.

b) I. Leyberg (Łódź) wyraża zdanie, że leczenie przymiotu w okresie ostrym powinno być energiczniejsze, niż doradza prelegent: zamiast 5% salicylanu rtęci L. radzi 40% olej szary lub 10% kalomel, salwarsan zaś w postaci rozczynów stężonych. Odczyn Wassermanna nie świadczy o wyleczeniu, o ile występuje zbyt szybko; w tych razach ma znaczenie t. zw. metoda prowokacyjna: jednorazowe wstrzyknięcie większej dawki salwarsanu po stwierdzeniu odczynu ujemnego wywołuje często zamianę tego odczynu w dodatni. Co do późnej kiły układu nerwowego, to zadaniem naszem jest raczej nie pozwolić na rozwinięcie się tych cierpień, niż leczyć rozwinięte. W tym względzie duże znaczenie ma badanie płynu mózgowordzeniowego (»4 odczyny« Nonne-Appelta), gdyż pozwala rozpoznać ukryte cierpienia mózgu i rdzenia w okresie, poddającym się leczenia.

c) K. Jaczewski (Lublin) stosuje leczenie przymiotu przetworem Ehrlicha od pierwszych nieomal chwil ukazania się tego leku, gdyż już w październiku 1910 miał sposobność otrzymać 20 tubek »606« wprost od jego wynalazcy. Pierwiastkowo stosował salwarsan w zawiesinie oleistej (ol. sezami), wstrzykując dawki 0·1—0·2—0·3, później zaś śródżylnie metodą Weintrauda. Ostatnimi czasy posługuje się wyłącznie zgęszczonymi rozczynami neosalwarsanu. Jak dotąd, nie spostrzegał ani jednego przypadku śmierci, ani też zaburzeń, któreby mogły budzić obawę o życie chorego, w szczególności zaś nie spostrzegał powikłań ze strony narządu wzrokowego, o których wspomniał kol. Pański. Mowca tembardziej to podkreśla, że opiera się na materyale szpitala, gdzie obok oddziału dla chorych wenerycznych istnieje i oddział oczny. Opisywane przypadki niepomyślne, które kończyły się śmiercią, możnaby podzielić na dwie kategorye. W jednej z nich możnaby się skłaniać ku przypuszczeniu, że śmierć mogła być skutkiem zbyt silnego odczynu ogniskowego sprawy swoistej; objawy występują już wkrótce po wstrzyknięciu. W drugiej zaś grupie domyślać się można poniekąd działania toksycznego; objawy mózgowe występują dopiero po paru dniach pozornego zdrowia. Aż dotąd J. nie zetknął się w praktyce z żadną z tych kategoryi — wypowiedziane przypuszczenie opiera wyłącznie na przypadkach z piśmiennictwa. — Neosalwarsan stosuje bardzo często, lecz zarówno w dawkowaniu, jak i metodzie stosowania kieruje się pewnemi odchyleniami od reguł ogólnie przyjętych. Przedewszystkiem więc z obawy przed nadmiernym odczynem ogniskowym, zwłaszcza gdy choroba trwa już czas pewien, nie przepisuje odrazu »914«, lecz podaje uprzednio ewentualnie rtęć i jod. Stosuje dawki małe: Nr I, Nr II, rzadko Nr III, w odstępach 7—10—14-dniowych po kilkakroć nietylko z obawy przed toksycznemi właściwościami leku, lecz i dla innych jeszcze powodów. Spostrzegał bowiem wybitnie skuteczne działanie małych dawek nawet w bardzo ciężkich przypadkach przymiotu złośliwego. Takie przypadki nasuwają oryentacyę szczególną i pobudzają do zwrócenia myśli w kierunku doszukiwania się analogii z powszechnie znanem stosowaniem chininy w trzeciaczce ongi i obecnie. Zamiast dużych dawek podajemy obecnie małe dawki chininy; byle zachowany był pewien obrachunek co do okresu napadu gorączki, skutek pomyślny jest prawie niezawodny. Otóż rodzi się pytanie, czy i w przymiocie nie należałoby dążyć do analogicznych stosunków, respective do wyszukania chwili odpowiedniej dla podania leku w tym, a nie innym okresie rozwoju pasorzyta, przez co możnaby naprawdę osiągnąć »therapiam sterilisantem magnam«. W leczeniu początkowych okresów wiądu rdzenia Jaczewski spostrzegał ustępowanie objawów podmiotowych, nawet bezład ruchów znikał, utrzymywało się to polepszenie nawet czas dłuższy (ponad 2 lata). Przedmiotowo zaś nie stwierdził J. ani razu powrotu odruchów lub zniknięcia innych klasycznych objawów choroby.

d) Prelegent (Kazimierz Perłowski) odpowiedział w sposób następujący: Co do neurorecydyw, Wechselman nie widział ich wcale (25.000 przypadków), Finger zaś w drugim okresie przymiotu widział 44 razy na 600 przypadków i wobec tego nie radzi nawet stosować salwarsanu w tym okresie. Co do leczenia chorób układu nerwowego salwarsanem, zdania są podzielone, coraz częściej jednak spotykamy w piśmiennictwie wzmianki, że przy umiejętnem leczeniu osiągnąć można poprawę; własnego doświadczenia P. nie posiada. Co się tyczy poruszanej przez kol. Leyberga sprawy wlewań neosalwarsanu, to nieznaczne niedokładności techniki mogą wywołać (przy wstrzyknięciu do tkanki

podskórnej) bądź ropowice, bądź co najmniej nacieki, utrudniające następne wlewania; należy stosować przyrząd Hauptmanna, który od tych powikłań poniekąd zabezpiecza. Wysokie dawki rtęci nie są pożądane, gdyż, jak dowiedli liczni badacze (Hahn, Kostenbader), zamiast wzmacniać siły ochronne ustroju, zmniejszają je i osłabiają. W odpowiedzi kol. Jaczewskiemu zaznacza P., że pomimo stosowania dość dużych dawek salwarsanu nie miał powikłań; próbę Wassermana, o ile jest dodatnią, uważa za pewną, ujemna zaś niczego nie dowodzi.

3). Józef Maybaum (Łódź): **O wczesnem rozpoznaniu raka narządów trawienia.** Liczba chorych na raka wzrasta z roku na rok; rak porywa coraz więcej ludzi młodych. Dopóki brak leczenia swoistego i środków zapobiegających tworzeniu się i rozpowszechnianiu raka, należy raka operować. Operacya może dać wynik pomyślny tylko, jeżeli dokonana jest wcześnie. Wczesne rozpoznanie raka jest możliwe przez: 1) uważne wysłuchanie skarg chorego i uwzględnianie wszelkich najdrobniejszych objawów przedmiotowych i podmiotowych; 2) skrupulatne badanie, szczególnie obmacanie brzucha »głębokie«; 3) badanie treści żołądka naczczo i po śniadaniu próbnem; 4) badanie kału co do krwi utajonej; 5) prześwietlanie żołądka i jelit; 6) wziernikowanie; 7) badanie odbytnicy palcem.

Dyskusya: a) A. Zawadzki (Warszawa) sądzi, że wszelkie dotychczasowe sposoby rozpoznawania raka są niedostateczne, gdyż wykrywają guz w okresie, już nie nadającym się do operacyi. Lekarz domowy w razie najmniejszego podejrzenia co do owrzodzeń w narządach trawienia powinien wzywać chirurga; chirurg niezawsze, nawet podczas operacyi, określić może charakter stwierdzonego owrzodzenia; — rozstrzygającem jest dopiero badanie anatomopatologa, który zamraża podejrzaną cząstkę tkanki i przygotowuje natychmiast preparat barwiony, by jeszcze w czasie operacyi dać odpowiedź chirurgowi; obmacywanie zaś, nawet najbardziej dokładne, stwierdza obecność guza wtedy już, gdy chorego uleczyć niepodobna. Wobec tego należałoby uświadamiać ogół, czem grozi zwłoka w operacyi.

b) B. Dziemski (Lublin) w sprawie wczesnych objawów raka żołądka zaznacza, że niezawsze daje się zauważyć stopniowe zmniejszenie ilości kwasu solnego; częstokroć przeciwnie bywa nadkwaśność, co wraz z dodatnim odczynem utajonego krwawienia upoważnia do rozpoznania wrzodu żołądka. Praktyka wskazuje jednak, że dokonana gastroenteroanastomoza nie przynosi choremu korzyści, gdyż chodzi tu o rakowe owrzodzenie żołądka. Co do odczynu utajonego krwawienia, pamiętać należy, że przy zgłębnikowaniu żołądka błona śluzowa ulega obrażeniu; niewielkie krwawienie, jakie wówczas powstaje, wystarcza do stwierdzenia odczynu czułymi odczynnikami, co może wprowadzić nas w błąd, zwłaszcza w przypadkach braku soku żołądkowego (achylia). Pamiętać też należy, że niestrawione włókna mięsne dają odczyn dodatni przy badaniu kału co do krwi utajonej.

c) J. Dehnel (Będzin) podkreśla znaczenie stopniowego zmniejszania się ilości kwasu solnego, według Gluzińskiego.

d) Fidler (Radom) zapytuje prelegenta, czy stosował metodę Abderhaldena w celu wczesnego rozpoznawania raka; zgadza się z Dziemskim co do konieczności usunięcia mięsa z dyety chorego na 3 dni przed badaniem kału co do krwi utajonej.

e) I. Watten (Łódź) podnosi wartość rentgenoskopii i rentgenografii w rozpoznawaniu raka żołądka w bardzo wczesnych nawet okresach; metoda ta jest dotąd niewątpliwie najlepszą, badanie jednak dokonane być musi przez bardzo doświadczonego rentgenologa. Należy przeto starać się, by powstawały gęściej pracownie rentgenologiczne i by wcześnie kierowani byli do rentgenologa chorzy z objawami »kataru żołądka«, który — u chorych po czterdziestce, a nieraz i wcześniej — zależy bardzo często od raka.

f) Prelegent (J. Maybaum) odpowiada, że 1) objaw zmian wydzielniczych (heterochylia) jest nader ważnym w rozpoznawaniu nowotworu, o czem mówił w odczycie; 2) próba Abderhaldena nie może liczyć na rozpowszechnienie w praktyce prowincyonalnej; 3) kwas mleczny jest tylko objawem zastoju z powodu zwężenia odźwiernika, lecz o charakterze zwężenia nic nie mówi; 4) rentgenoskopia jest niezmiernie ważna w rozpoznawaniu raka, lecz tylko współrzędnie z wynikami różnych sposobów badania mogą jej dane zaważyć na szali rozpoznania. W końcu powtarza M., że rak jest na równi z gruźlicą klęską społeczną i walka z tą chorobą jest naszym obowiązkiem społecznym.

4). Z powodu nieobecności W. Chodźki przewodniczący udzielił głosu M. Arnsztajnowi (Lublin), który odczytał pracę: **O brakach w wykształceniu lekarzy prowincyonalnych i o środkach zaradzenia złemu.** Prelegent w pracy swej zestawił odpowiedzi na rozesłaną do wielu lekarzy stolicy i prowincyi (250) ankietę w tej sprawie. Ogólnie stwierdzano jednostronność wykształcenia lekarzy, nieznajomość gałęzi wiedzy, nie mających bezpośredniego związku z medycyną (logika, filozofia), małą znajomość języków obcych, co ogromnie utrudnia uzupełnianie wykształcenia przez odnośne piśmiennictwo. Lekarze prowincyonalni, praktykujący w małych miasteczkach, zdala od ruchu umysłowego, w trudnem znajdują się położeniu, gdy chodzi o uzupełnianie wykształcenia; tymczasem życie wymaga od nich większych wiadomości, niż od lekarzy większych środowisk, którzy mogą naradzać się ze specyalistami, mają pracownie i t. p. Najczęściej wyjeżdżają na prowincyę młodzi lekarze, niedostatecznie przygotowani do przyszłej swej działalności, zbyt wcześnie po ukończeniu uniwersytetu, który (szczególniej uniwersytet warszawski, pozbawiony wielu ważnych katedr) daje im bardzo mało. Lekarz, wyjeżdżający na prowincyę, powinien odbyć przynajmniej w ciągu jednego roku praktykę w większym szpitalu. Dalsze uzupełnianie wykształcenia odbywać się powinno peryodycznie, gdyż koniecznie trzeba zapoznawać się z nowemi teoryami i zastosowaniem ich w praktyce. Należałoby za przykładem zagranicy urządzać u nas kursa wakacyjne dla lekarzy; — większe miasta prowincyonalne mogłyby również stać się terenem pracy dla lekarzy, pragnących uzupełnić swe wykształcenie. Godną zastanowienia jest również myśl stworzenia wyłącznego organu, poświęconego sprawie uzupełniania wykształcenia, lub odnośnego działu w jednem z wychodzących pism lekarskich. Ważne byłoby również wyszukiwanie zapomóg, stwarzanie stypendyów i zyskiwanie zapisów dla lekarzy, pragnących uzupełniać swe wykształcenie i nie mających po temu środków. W zakończeniu prelegent przedstawił następujące wnioski: Odkładając dla łatwo zrozumiałych powodów sprawę uniwersytetu w Królestwie do innych czasów, powinniśmy wszelkie wysiłki skierować ku podniesieniu wykształcenia lekarzy prowincyonalnych w zakresie dla nas dostępnym, a mianowicie: 1) Należy starać się o rozszerzenie działalności Towarzystw lekarskich prowincyonalnych, porozumiewanie się tych towarzystw, opracowywanie wspólnemi siłami programu działalności oraz zgrupowanie w towarzystwach wszystkich lekarzy prowincyonalnych. 2) Wobec tego, że szpitale mogą się stać terenem nauki dla przyszłych pokoleń lekarzy, należy starać się o rozwój i reformę szpitali, domagając się niezmordowanie: lepszego wynagrodzenia dla lekarzy szpitalnych, stworzenia posad asystentów, internów, prosektorów, urządzenia pracowni, a także konkursów lub egzaminów dodatkowych dla lekarzy naczelnych. 3) Przyjąć za normę, by młodzi lekarze po ukończeniu kursu odbywali obowiązkową praktykę szpitalną przynajmniej w ciągu jednego roku i aby lekarz praktykujący obowiązany był przynajmniej co lat trzy odświeżyć swe wiadomości na kursach wakacyjnych. 4) Starać się o pomoc materyalną dla kończących kurs studentów, nie mogących z powodu braku środków odbyć studyów praktycznych. 5) Starać się o pozwolenie na założe-

nie »Towarzystwa samokształcenia lekarzy« (na zasadach kooperatywy), któreby się zajęło organizacyą praktyki rocznej dla młodych lekarzy, urządzaniem wykładów wakacyjnych, zyskiwaniem stypendyów, organizacyą czytelnictwa i stworzeniem pisma (resp. zastosowaniem jednego z istniejących) do potrzeb samokształcenia lekarzy prowincyonalnych. 6) Zachęcać lekarzy dalszej prowincyi do możliwej specyalizacyi. 7) Wybrać komisyę stałą, która — zanim »Towarzystwo samokształcenia« dojdzie do skutku — rozpocząć ma układy z uniwersytetami w celu zastosowania kursów wakacyjnych do potrzeb lekarzy prowincyonalnych, nawiązać stosunki z instytucyami naukowemi i redakcyami pism lekarskich warszawskich celem pośredniczenia we wskazywaniu chętnym miejsc do pracy w szpitalach, klinikach i laboratoryach. Komisya ta ma gromadzić fundusze i czuwać nad wykonaniem uchwał Zjazdu.

Dyskusyę nad odczytem odłożono do III posiedzenia Zjazdu.

43. Zjazd chirurgów niemieckich

w Berlinie od 15—18 kwietnia 1914

podał **Dr A. Klęsk.**

(Dokończenie.)

35) Oehlecker: **O wycinaniu drugiego zwoju rdzeniowego przy pewnych postaciach rwy potylicznej.** Doniesienie o 4 korzystnych wynikach operacyi. Drugi zwój rdzeniowy leży w szczelinie pomiędzy łukiem pierwszego kręgu i kręgiem drugim. Dochodzi się do niego po przecięciu mięśni: płatowatego, półkolcowego (semispinalis) i skośnego.

36) Barth: **Chirurgiczne leczenie ropnego zapalenia opon.** B. zachęca do operacyjnego leczenia ropnego zapalenia opon przez sączkowanie czaszki, względnie kanału rdzeniowego po laminektomii.

37) Axhausen omawia tworzenie się t. zw. **myszek ątawowych** i zaleca w takich przypadkach szerokie otwarcie stawu i usunięcie innych, bardzo przytem częstych, zmian chrząstki stawowej.

38) Hohmeier, Magnus, Payr: **Doświadczenia nad uruchomieniem zesztywniałych stawów.** Nie należy się obawiać, by po operacyi w stawie zjawiały się zmiany zniekształcające. Wytwarza się potem dobra torebka stawowa, na podobieństwo torebki maziowej, a końce stawowe kości, mimo braku chrząstki, funkcyonują nienagannie. Nie należy uruchomiać stawów, które resekowano z powodu gruźlicy kostnej.

Dyskusya: Röpke używa do wkładania między powierzchnie stawowe tkanki tłuszczowej; uruchomia stawy i po sprawie gruźliczej, nawet przy przetokach.

39) Heinecke: **Wszczepianie nerwu w mięsień.** Porażony mięsień można pobudzić do czynności przez wszczepienie weń nerwu ruchowego. Już po 2—3 tygodniach skutek jest widoczny. Nowe nerwy wrastają w mięsień drogami nerwu zwyrodniałego, bo nie udaje się wszczepić skutecznie drugiego nerwu, gdy jeden jeszcze funkcyonuje.

40) Katzenstein: **Demonstracya szczepienia splotu przy porażeniu dziecięcem.** Przy porażeniu całej kończyny próbować należy szczepienia splotu zdrowym nerwem z drugiej strony, co K. wspólnie z Bielschowskym wypróbował na małpach, a potem z powodzeniem zastosował u chorych. Na kończynie górnej użyć można do tego nerwu nadobojczykowego lub ramienia wstępującego nerwu podjęzykowego, na dolnej użyć można nerwu zasłonowego, podotrzewnie.

Dyskusya: Spitzy zwraca uwagę, że Maragliano radził zasilać porażony nerw udowy częścią zdrowego z drugiej strony.

41) Gerulanos: **Zranienia nerwów obwodowych podczas wojny bałkańskiej.** 68 przypadków, z tego 50 operowanych (8 na kończynie dolnej, reszta na górnej). Operować można dopiero w 6—8 tygodni po zranieniu, o ile niema poprawy, lecz zmniejszenie pobudliwości. Przy szwie należy uważać, by odpowiednie odcinki przekroju nerwu przylegały do siebie dokładnie anatomicznie w sensie Stoffela. Wyniki osiąga się dobre nawet przy plastykach i uzupełnianiach nerwów katgutem.

42) Sprengel przy dużych **ranach ziarnkujących** radzi pobudzać je do gojenia przez wszczepianie pasów skóry, przez co pomnaża się liczbę brzegów, wysyłających naskórek.

43) Waegner zaleca wyciąg gwoździowy **przy złamaniach uda,** Bauer zaleca do leczenia złamań uda osobne strzemię kolanowe.

44) Steinmann: **Nowy sposób leczenia cuchnących ropni.** Przy głębokich cuchnących ropniach zaleca S. wprowadzać w głąb ustawicznie zapomocą sączków tlen i prąd powietrza, przyczem ropnie te goją się niezmiernie szybko.

Tiegel zamiast tamponady gazą, która zatyka nieraz poprostu otwór, zaleca sprężynowe rozszerzadła.

Walzel omawia wyniki krwawego odprowadzania zwichnięć łokcia.

45) Oser i Bergmann, mówiąc o trwałych wynikach **operacyi zapalenia szpiku kostnego**, zalecają energiczne wycinanie schorzałej kości.

46) Voelcker: **Doświadczalne studya nad przyczyną pooperacyjnych zakrzepów i zatorów.** Przyczynę powstania tych powikłań upatruje V. w wadliwem pod-

wiązywaniu żył przy operacyi, co wywołuje dostawanie się rozpadłej krwi do dalszych naczyń i zakrzepy.

47) Philipowicz: **O tamowaniu krwi i jałowym zakrzepie.** Do tamponady zaleca P. używać żywych tkanek. Zakrzepy po operacyi powstają u osobników z wadliwem krążeniem, wobec wessania produktów z rany i uszkodzenia błony wewnętrznej naczyń.

48) Wohlgemuth: **Nowy sposób tamowania krwawień miąższowych.** W. zaleca t. zw. koagulin Kocher-Fonio, zwłaszcza przy krwawiączce. Jeżeli się tamponuje, to powinno się użyć tamponu, którego usuwać nietrzeba, a więc z materyału ulegającego wessaniu. Taki materyał podał W. razem z Jegerem, a otrzymał go przez odpowiednie preparowanie jelit owiec.

Dyskusya: Jeger zachwala powyższy tampon, Hesse zaleca do tamponady wolno zabraną powięź, König jałową gąbkę, Albrecht popiół kostny, Perthes sok z tarczycy, Körte sieć.

49) Mühsam: **Co osiągamy przy różnych postaciach niedokrwistości przez wycięcie śledziony?** Przy chorobie Bantiego osiąga się nieraz korzystne wyniki przez wycięcie śledziony, podobnie przy niedokrwistości śledzionowej, ew. przy żółtaczce hemolitycznej. Należy też za radą Eppingera i Decastello próbować tej operacyi przy niedokrwistości złośliwej, by osiągnąć choć czasową poprawę.

50) Goldschmidt i Strisower: **Doświadczalne badania nad działalnością śledziony.** Wnioski jak w pracy poprzedniej.

51) Jenckel opisuje pooperacyjną **zgorzel trzustki,** a Dreesman t. zw. **peritonitis pancreatica,** uważając to cierpienie za stosunkowo łagodne.

52) Payr omawia badanie i leczenie cierpień przewodu pokarmowego z pomocą elektromagnesu. (Rzecz streszczona już w »Przeglądzie lek.«).

53) Pribram donosi o próbach **zwalczania zrostów otrzewnych** przy pomocy ciała szklistego oka, a Kocher o takichże próbach z pomocą wyciągu ze śledziony.

54) Opitz omawia **przyczyny zapaleń wyrostka robaczkowego** i sądzi, że początek cierpienia zwykle leży w jelicie grubem, a wyrostek ulega zajęciu dopiero następowo.

55) Francke zachęca do **wyjmowania** gruźliczo zmienionych **gruczołów krezkowych.**

56) Küttner omawia **chirurgię żołądka na podstawie 1000 przypadków cierpień żołądkowych.** Rak żołądka na tle wrzodu jest cierpieniem stosunkowo rzadkiem, a natomiast t. zw. wrzody modzelowate często są owrzodziałymi rakami. Wycinanie raka żołądka daje 25% śmiertelności. Przy wrzodach żołądka w czasie krwawienia K. nie operuje. Do gastroenteroanastomozy używa K. szwu, a guzika używa w razie silnego skurczenia żołądka.

Anschütz wyraża zdanie, że zaledwo w 2—3% operowanych raków żołądka chorzy żyją potem ponad 3 lata.— Perthes przy wrzodach poza odźwiernikiem wykonuje z dobrym skutkiem także wycięcie poprzeczne. — Podobny temat omawia Haudek, zwracając uwagę na wielkie znaczenie badania rentgenowskiego. — Konjetzny zastanawia się nad ukrytem krwawieniem przy raku żołądka, Saar opisuje ropne sprawy żołądka i jelit, a Guleke wyniki wyłączania odźwiernika przez podwiązywanie.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie

w dniach 21. i 22. lipca 1914.

(Dalszy ciąg zgłoszonych wykładów).

77) Obecny stan badań doświadczalnych nad białaczką z uwzględnieniem własnych badań. Kol. prof. Wiczkowski (Lwów). 78) Przedstawienie środków leczniczych z fabryki Laokoon i ewent. przedstawienie chorych z oddz. wewn. I. Kol. Voit i Handwerker (Lwów). 79) Zmiany organiczne układu nerwowego w tężyczce. Kol. Orzechowski (Lwów). 80) Tężyczka a guz mózgu. Kol. doc. Orzechowski.

Komitet zjazdowy uprasza Sz. Kolegów o rychłe nadesłanie streszczeń zgłoszonych wykładów z równoczesnem dołączeniem przekładu na język francuski lub niemiecki. Dalsze zgłoszenia należy nadsyłać pod adresem: prof. Dr R. Rencki, Lwów, Romanowicza 3.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 24. VI. posiedzenie, ostatnie przed feryami, na którem prof. Ciechanowski, Kader i Lewkowicz przedstawiali preparaty i chorych, poczem Dr Rose miał wykład: O nowych badaniach nad lokalizacyą w korze mózgowej. W dyskusyach przemawiali Dr Blasberg, Borowiecki, Rogalski i i.

— Medal złoty im. J. Śniadeckiego, który przyznawany będzie za wybitną działalność naukową w zakresie nauk przyrodniczych i lekarskich przez Wydział lekarski krakowski, przyznany został po raz pierwszy. Otrzymał go znakomity chemik, prof. Dr Karol Olszewski, na podstawie jednomyślnej uchwały Wydziału z d. 19. czerwca b. r.

— Prof. Dr. Stanisławowi Domańskiemu, który w r. b. kończy 70. rok życia, stanowiący wedle ustawy uniwersyteckiej kres działalności profesorskiej, uchwalił Wydział lekarski krakowski, jako dozwolony ustawą wyjątek, ofiarować dalszy »honorowy rok« profesury czynnej.

— Rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego wybrany został ponownie prof. Dr Kazimierz Kostanecki.

— Dziekanem Wydziału lekarskiego krakowskiego na rok 1914/5 wybrany został prof. Dr Aleksander Rosner.

— Odsłonięcie pomnika Henryka Jordana w parku jego imienia odbyło się d. 21. VI. b. r. Przy odsłonięciu przemawiali prezydent m. Krakowa JE. Dr Leo imieniem miasta, rektor Uniw. prof. Dr Kostanecki imieniem Wszechnicy Jagiell. i wszystkich instytucyi, korporacyi i Towarzystw lekarskich, radca M. Zaleski imieniem Rady szkolnej krajowej, radca Dr Winkowski imieniem kół wychowawczych, wreszcie przedstawiciel młodzieży

szkół średnich i przedstawiciel robotników, poczem wielki pochód młodzieży szkół ludowych i średnich oraz oddziałów harcerskich złożył hołd pamięci Jordana, zasypując pomnik kwiatami. Pomnik dłuta Szczepkowskiego stanął z ofiar publicznych i funduszów miejskich staraniem komitetu, któremu przewodniczył wiceprezydent miasta Dr Szarski. Pomnik stanowi popiersie bronzowe na kolumnie granitowej z napisem: »Henrykowi Jordanowi wdzięczni rodacy«.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Wojciech Kurnatowski, rodem z Radoliny, Michalina Maritczakówna z Krakowa i Kazimierz Kessel z Płocka.

Warszawa. Polski Komitet badania i zwalczania raka przypomina, że w d. 1. X. b. r. upływa ostateczny termin nadsyłania prac konkursowych na temat: »O sposobach wczesnego rozpoznawania raka«. Nagroda wynosi 300 rb. Adres: Warszawskie Towarzystwo higieniczne, Krakowskie przedmieście 66.

— Walne Zgromadzenie delegatów Towarzystwa walki z alkoholizmem »Przyszłość« w Warszawie uchwaliło przesłać Kołu polskiemu Rady państwa w Petersburgu prośbę o przyczynienie się do uzupełnienia artykułu 681 ustawy akcyzowej wzmianką, że niewolno sprzedawać trunków również w pobliżu szpitali, ochron, przytułków i innych zakładów dobroczynnych. Uchwała ta ma doniosłe znaczenie, gdyż przestrzeń, dzieląca miejsca sprzedaży napojów wyskokowych od zakładów dobroczynnych, w tej liczbie szpitali, przez prawodawstwo rosyjskie dotąd określona nie została. Można więc zmusić szynkarza do przeniesienia swego zakładu na pewną przestrzeń od kościoła, ale niemożna dotychczas nie pozwolić mu na otworzenie szynkowni naprzeciwko lub obok szpitala. St. Sk.

— Kasa wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierót w roku 1913 (56. istnienia) miała 913 członków, 152.781 rbs. majątku, 13.702 rb. dochodu, a 11.393 rb. wydatku. Zapomóg udzielono 9 lekarzom, 113 wdowom i sierotom w ogólnej kwocie 10.195 rb. Zarządza kasą Dr L. Babiński.

Zmarli: Dr Maksymilian Tyc w Monachium.

Redakcya otrzymała: Rosenberg: Walka o salwarsan (Nowiny lek. 1914). — Kuczewski: Walka z gruźlicą w krajach skandynawskich (Głos lek. 1914).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.